ALB FILS KLINIKEN

Anmeldebogen für Beatmungspatienten

Ihr Ansprechpartner: Dr. med. Timo Deininger (Leitender Arzt Zentrum für Pneumologie)
FAX 07161/64-1865 Telefon 0160/581 3600 oder 07161/64-2854

Überleitende Klinik/Intensivstation:	Patientendaten: (Patientendatenaufkleber)
(Stempel)	Name, Vorname
	Geburtsdatum
	Anschrift
	Krankenkasse

Ärztlicher Ansprechpartner (Name, Telefon):	Körpergröße: cm Gewicht: kg

Gesetzliche Betreuung ☐ja ☐nein Vorsorgevollmacht ☐ja ☐nein
Name / Telefonnr. Betreuer bzw. bevollmächtigte Person:

Aktuelle Diagnosen, Eingriffe und zur Beatmung führende Grunderkrankung(en):

Beatmung seit: Beatmungszugang:	ggf. Datum der Tracheotomie: ☐plastisch / ☐dilatativ
Beatmungsform: FiO_2: IPAP: PEEP:	Spontanatmung: ☐ja ☐nein wenn ja: h/Tag

BGA Spontanatmung: pH , pO_2 mmHg, pCO_2 mmHg, FiO_2
BGA unter Beatmung: pH , pO_2 mmHg, pCO_2 mmHg, FiO_2

Letzte Laborparameter:	Aktuelle Erregernachweise (Abstriche maximal 72h alt):
CRP: mg/l	MRSA ☐ja ☐nein MRGN/VRE ☐ja ☐nein
Hb: g/dl	SarsCoV2 (PCR) ☐ja ☐nein
Krea: mg/dl	sonstige:

Laufende Katecholamintherapie:	☐ja	☐nein	Liegende Zugänge und Katheter:
Laufende Nierenersatztherapie:	☐ja	☐nein	☐ Arterie
Laufende Antibiotikatherapie:	☐ja	☐nein	☐ ZVK
Vigilanz:	☐sediert	☐wach ☐Delir	☐ Shaldon
Schluckstörung :	☐ja	☐nein	☐ Endotrachealtubus ☐ Trachealkanüle
Dekubitalulcera:	☐ja	☐nein	☐ PEG-Sonde ☐ transnasale Magensonde
Bariatrische Probleme:	☐ja	☐nein	☐ transurethraler DK ☐ suprapubischer DK

Datum: *Unterschrift anmeldender Arzt:*

315494