

Anmeldebogen Weaning-Patienten

Aufzeichnungsvorlage



Anmeldung Weaning Fax: 0491 86-1609

Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin
Chefarzt: Prof. Dr. Peter Tonner
Augustenstraße 35-37
26789 Leer

Tel.: 0491 86-1600
Fax: 0491 86-1609
E-Mail: anaesthetie@klinikum-leer.de

Verlegendes Krankenhaus

Krankenhaus: _____

Station: _____

Arzt: _____

Telefon Arzt: _____

Fax: _____

Patientendaten

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Kostenträger: _____

Patientenverfügung

Vorsorgevollmacht

Betreuung: (bis wann und wer?)

Name, Vorname / Telefonnummer der Angehörigen:

Anmeldebogen Weaning-Patienten

Aufzeichnungsvorlage



Name, Vorname, Geburtsdatum: _____

Versorgungsstatus vor KH-Aufnahme:

Selbstständig Angehörige Pflegedienst Pflegeeinrichtung

Pflegegrad: _____

Medizinische Daten

Gewicht: _____

Größe: _____

Diagnosen: (H-Hauptdiagnose; N-Nebendiagnose)

Grund der Verlegung:

Therapie / Verlauf:

Anmeldebogen Weaning-Patienten

Aufzeichnungsvorlage



Name, Vorname, Geburtsdatum: _____

Neurologie / Psyche:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> voll orientiert | <input type="checkbox"/> Apoplex |
| <input type="checkbox"/> teilweise orientiert | <input type="checkbox"/> Depression |
| <input type="checkbox"/> nicht orientiert | <input type="checkbox"/> PNP / CIP |
| <input type="checkbox"/> delirant | <input type="checkbox"/> Schluckstörung |
| <input type="checkbox"/> Komatös | <input type="checkbox"/> Demenz |
| <input type="checkbox"/> compliant | <input type="checkbox"/> Epilepsie |
| <input type="checkbox"/> in compliant | <input type="checkbox"/> M. Parkinson |
| <input type="checkbox"/> Stimmbandparese | <input type="checkbox"/> Zwerchfellparese |
| <input type="checkbox"/> Hypoxischer Hirnschaden | |
| <input type="checkbox"/> Alkoholabusus | |

Sonstiges / Kommentar:

RASS: _____

Sedierung / Analgetika:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> selten | <input type="checkbox"/> bei Unruhe | <input type="checkbox"/> Benzodiazepine |
| <input type="checkbox"/> mehrfach tägl. | <input type="checkbox"/> bei Schmerzen | <input type="checkbox"/> Morphine |
| <input type="checkbox"/> regelmäßig | <input type="checkbox"/> bei Dyspnoe | <input type="checkbox"/> Hypnotika |
| <input type="checkbox"/> tags | | <input type="checkbox"/> Neuroleptika |
| <input type="checkbox"/> nachts | | <input type="checkbox"/> Clonidin |
| <input type="checkbox"/> durchgehend | | <input type="checkbox"/> sonstiges: _____ |

Beatmung:

- Tubus punkt. TK chir. TK NIV Highflow

Intubation am: _____

Tracheostoma am: _____

Dauer der Spontanatmung: _____

Aktuelle BGA:

FiO₂: _____ pO₂: _____ pCO₂: _____

pH: _____ BE: _____ HCO₃⁻: _____

Wie oft wird abgesaugt? Ca. _____ x pro Tag

Sekret eitrig? Ja Nein

Anmeldebogen Weaning-Patienten

Aufzeichnungsvorlage



Name, Vorname, Geburtsdatum: _____

Ernährung:

- oral PEG-Sonde PEJ-Sonde
 parenteral nasogastrale Sonde Aspirationsgefahr

Ausscheidung:

- Harninkontinenz transurethraler BVK suprapubischer BVK
 Stuhlinkontinenz Anus praeter Flexiseal

Nierenersatzverfahren:

- nein
 kontinuierlich
 intermittierend, Dialysetage: _____

Kreislauf:

RR: _____ HF: _____ AF: _____ SpO2: _____

Katecholamine: _____

Zugänge mit Anlagedatum:

ZVK _____ Arterie _____ Shaldon _____

Sonstiges: _____

Dekubitus, Wunden:

Anmeldebogen Weaning-Patienten



Aufzeichnungsvorlage

Name, Vorname, Geburtsdatum: _____

Keimstatus?

(Nase-/Rachenabstrich auf MRSA und Covid, Urinkultur, Trachealsekret, Abstriche von ggf. Tracheostoma, ZVK, PEG, Diarrhoe Stuhlprobe, multiresistente Keime)

Isolation: Ja Nein

Spezielle Lagerung notwendig:

nein ja, welche? _____

Wie weit wird der Patient mobilisiert?

- | | |
|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bett | <input type="checkbox"/> Bettkante |
| <input type="checkbox"/> Mobistuhl / Sessel | <input type="checkbox"/> Stand |
| <input type="checkbox"/> Hoher Gehwagen | <input type="checkbox"/> Rollator |
| <input type="checkbox"/> voll mobil | |

Sonstiges:

Bitte das aktuelle Labor anbei faxen, danke.