



Ausfüllhinweise:

- Formular bitte lesbar in Druckbuchstaben vollständig ausfüllen
- Insbesondere auf die Schreibweise des Patientennamen achten
- Messwerte bitte stets in den vorgegebenen Einheiten angeben

Weaning-Anmeldung

Patientendaten

Patientenname:					
Größe:	cm	Gewicht:	kg	Geburtsdatum:	
Name Angehöriger:			<input type="checkbox"/> ist Betreuer	Telefon Angehöriger:	
Name Betreuer:				Telefon Betreuer:	

Anmeldende Klinik

Klinikbezeichnung:		Ort:		Telefon:	
--------------------	--	------	--	----------	--

Versorgungsstatus

<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> Sonstiges, bitte erläutern
<input type="checkbox"/> Angehöriger/Betreuer	Beschreibung hier einfügen
<input type="checkbox"/> Pflegedienst	
<input type="checkbox"/> Pflegeeinrichtung	

Stationärer Verlauf

Aufnahmedatum:	
Intubationsdatum:	
Tracheostomie:	<input type="checkbox"/> Perkutan <input type="checkbox"/> Chirurgisch

Beatmung

Welche Erkrankung führte zur Beatmung des Patienten?		Welche relevanten Nebendiagnosen liegen vor?	
		a)	
Aktuelle Beatmungsform?		b)	
Aktuell geleistete Beatmungsstunden?		c)	
		d)	
aktuelle Spontanatmungszeit:	h		
	Min/Tag		

Aktuelle BGA

Parameter	Spontan	Beatmung
F _i O ₂	%	%
p _a O ₂	mmHg	mmHg
pCO ₂	mmHg	mmHg
HCO ₃ ⁻	mmol/l	mmol/l
ph-Wert		

Neurologie und Psyche

<input type="checkbox"/> wach	<input type="checkbox"/> Schluckstörung
<input type="checkbox"/> kooperativ	<input type="checkbox"/> Apoplex
<input type="checkbox"/> unkooperativ	<input type="checkbox"/> Demenz
<input type="checkbox"/> schläfrig	<input type="checkbox"/> Alkoholabusus
<input type="checkbox"/> komatös	<input type="checkbox"/> PNP/CIP
<input type="checkbox"/> delirant	<input type="checkbox"/> hypoxischer Hirnschaden

Aktuelle Laborwerte

CRP	mg/l
HB	g/l
Crea	mg/dl

Mikrobiologie

MRSA	
MRGN 3/4	
ESBL	
VRE	
Sonstige	

Zugänge

Arterieller Zugang:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Venöser Zugang:	<input type="checkbox"/> peripher	<input type="checkbox"/> ZVK
Blasenkatheter:	<input type="checkbox"/> transurethral	<input type="checkbox"/> suprapubisch
Ernährung:	<input type="checkbox"/> MS	<input type="checkbox"/> PEG

Sonstiges

<input type="checkbox"/> Decubitus	Falls Decubitus, lokalisieren:
<input type="checkbox"/> Dialyse	
<input type="checkbox"/> Katecholamine	

Bemerkungen

--

Unterschrift

Behandelnder Arzt:	Datum:	Unterschrift: