

Weaningzentrum Ruhrgebiet Nord

Bitte Fragebogen so weit wie möglich ausfüllen und
zurücksenden: **Fax: +49 2364 104-25205**

Bei Rückfragen gerne telefonische Rücksprache unter:

Tel.: +49 2364 104-25317 (Dr. med. Stefan Matzko, CA)

Tel.: +49 2364 104-25203 (Sekretariat)

PATIENTENDATEN

Datum der Anfrage: . . 2 0 2

Geburtsdatum: . .

Krankenversicherung:

privat gesetzlich,

Kasse:

Tel-Nr. Angehörige:

DERZEITIGER AUFENTHALTSORT

Krankenhaus/Station

Ärztlicher Ansprechpartner: (Name/Telefonnummer)

Pflegerischer Ansprechpartner: (Name/Telefonnummer)

Stationär seit: . . 2 0 2

Als Ursache der Beatmung führende Grunderkrankung(en)

Relevante Nebendiagnosen

Problemkeime

(bitte ggf. mikrobiologische Befunde mit Resistogramm hinzufügen)

MRSA

ESBL

nein

VRE

MRGN

Welcher?

