

Weaningzentrum Ruhrgebiet Nord

Bitte Fragebogen so weit wie möglich ausfüllen und zurücksenden:
Telefax 02364 104-25241

Bei Rückfragen gerne telefonische Rücksprache unter:
Telefon 0151 27017675 (Lars Heining, Sektionsleitung)
Telefon 02364 104-25203 (Sekretariat)

PATIENTENDATEN

Datum der Anfrage: . . 2 0 1

Geburtsdatum . .

DERZEITIGER AUFENTHALTSORT

Krankenhaus/Station

Ärztlicher Ansprechpartner: (Name/Telefonnummer)

Pflegerischer Ansprechpartner: (Name/Telefonnummer)

Stationär seit: . . 2 0 1

Als Ursache der Beatmung führende Grunderkrankung(en)

Relevante Nebendiagnosen

Problemkeime

(bitte ggf. mikrobiologische Befunde mit Resistogramm hinzufügen)

MRSA ESBL nein

VRE MRGN Welcher?

Name, Vorname

Seit wann wird der Patient beatmet?

Wie lange kann der Patient aktuell spontan atmen?

Letzte BGA

Spontanatmung pCO₂

Unter Beatmung pCO₂ PaO₂ bei fI_{O₂}

Tracheotomie:

ja nein

Art des Tracheostomas: dilatativ plastisch-chirurgisch

Labor

CRP Hb Kreatinin

Aktueller Katecholaminbedarf

ja nein

Dialysepflicht

ja nein

Art der Dialyse

Vigilanz

wach somnolent komatös

Kommunikation

verbal nonverbal nicht möglich

Betreuungsverhältnis

ja nein

Ansprechpartner

Mobilität

Bett Sitz Stand Gang

Ernährungsform

enteral parenteral

Gewicht (kg)

Größe (cm)

Dekubitusulcera

ja nein

Grad-Angabe