Evangelisches Krankenhaus Göttingen-Weende gGmbH
Akademisches Lehrkrankenhaus
der Georg-August-Universität Göttingen

EVANGELISCHES KRANKENHAUS GÖTTINGEN-WEENDE
Medizin für mich!

Anmeldung zum Weaning eines invasiv beatmeten Patienten

→ **Bitte per Fax an: 0551 5034-2445**

Anmeldende Klinik:			**Patient:**
Ort:			Name:
Behandelnder Arzt/Ärztin:			Vorname:
Vorwahl:	Telefon:	Fax:	Geboren:
			Wohnort:
Betreuung:			Gewicht ca.: kg Größe ca.: cm

Hauptdiagnosen (Nebendiagn./Kommentar dahinter)
☐ COPD ☐ Thorax-OP
☐ Skoliose ☐ Adipositas
☐ Post-Tbc ☐ Herzinsuff.
☐ Neuromuskulär

Nebendiagnosen (Nebendiagn./Kommentar dahinter)
☐ KHK ☐ VHF ☐ pAVK
☐ SM ☐ Defi ☐ Diabetes
☐ Herzinfarkt ☐ Schlafapnoe
☐ Niereninsuff.

Neurologie und Psyche:	☐ voll orientiert ☐ teilweise orientiert ☐ nicht orientiert ☐ delirant	☐ Depression ☐ Epilepsie ☐ Zwerchfellparese ☐ Schluckstörung ☐ Apoplex ☐ Stimmbandparese	☐ PNP/CIP ☐ Hypoxischer Hirnschaden ☐ Demenz ☐ Parkinson ☐ Alkoholabusus	Kommentar:

Therapie/Verlauf:	Zugänge: ☐ arter. Zugang ☐ ZVK ☐ Braunüle ☐ Port

☐ Tubus ☐ TK Intubation am: _____ Tracheostoma am: _____	☐ Chirurgisches Tracheostoma ☐ Punktions-Tracheostoma	O2-Gabe _____ pCO2 _____ mmHg Letzte BgA: _____	Wie oft wird abgesaugt? ca. _____ x pro Tag Sekret eitrig? ☐ ja ☐ nein (Assist.) Spontanatmung: ____ ☐ Min. ☐ Std.

Letzte relevante Kulturereignisse:	Laufende Antibiose, Antimykotika, Virostatika:	Labor: CRP: _____ Hb: _____ Krea: _____

MRSA-Befund: ☐ unklar ☐ negativ ☐ saniert ☐ Besiedlung ☐ Infektion

andere hygienerelevante Befunde oder ggf. Kommentar zum Hygienestatus:

Sedierung/ Analgetika:	☐ selten ☐ mehrfach tgl. ☐ regelmäßig ☐ tags ☐ nachts ☐ durchgehend	☐ bei Unruhe ☐ bei Schmerzen ☐ bei Dyspnoe	☐ Benzodiazepine ☐ Morphine ☐ Hpnotika ☐ Neuroleptika ☐ Clonidin	ggf. nähere Informationen:	
Ernährung:	☐ oral	☐ nasogastrale Sonde	☐ PEG-Sonde	☐ parenteral	☐ Aspirationsgefahr
Ausscheidung:	☐ Harninkontinenz	☐ Transurethraler BVK	☐ Suprapub. BVK	☐ Stuhlinkontinenz	☐ Anus preater
Dialyse:	☐ ja	☐ nein			
Dekubitus/spezielle Lagerung:					
Wie weit ist der Pat. mobilisiert?	☐ Bett ☐ Bettkante ☐ hoher Gehwagen	☐ Sessel ☐ Rollator	☐ Stand ☐ voll mobil	ggf. Kommentar:	

sonstige Bemerkungen, spezielle Therapieformen:

…….. ……..
Datum Unterschrift

ggf. Stempel