Ev. Krankenhaus Göttingen-Weende
Medizin für mich
Akademisches Lehrkrankenhaus der Georg-August-Universität Göttingen

Anmeldung zum Weaning eines invasiv beatmeten Patienten

→ Bitte per Fax an: 0551 5034-2445 und einen (vorläufigen) Arztbrief anhängen!

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
- ☐ Skoliose
- ☐ Post-Tbc
- ☐ Neuromuskulär
- ☐ Thorax-OP
- ☐ Adipositas
- ☐ Herzinsuff.

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: _____ Letzter Wechsel TK am: _____	☐ Chirurgisches Tracheostoma ☐ Punktions-Tracheostoma	O_2-Gabe _____ pCO_2 _____ mmHg Letzte BgA: _____	Wie oft wird abgesaugt? ca. _____ x pro Tag Sekret eitrig? ☐ ja ☐ nein Beatmungsmodus : ____ ☐ Min. ☐ Std. Spontanatmung: ☐ SV ☐ FN
Letzte relevante Kulturereignisse:	Laufende Antibiose, Antimykotika, Virostatika:		Labor: CRP: _____ Hb: _____ Krea: _____

MRSA-Befund: ☐ unklar ☐ negativ ☐ Besiedlung

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	☐ Sessel	☐ Stand	ggf. Kommentar:
	☐ hoher Gehwagen		☐ Rollator	☐ voll mobil	

sonstige Bemerkungen, spezielle Therapieformen:

…….. ……..
Datum Unterschrift

ggf. Stempel