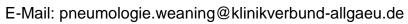
VL Anmeldebogen WEANING

Tel. 08323 910 8159 Fax 08323 910 8219





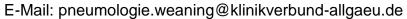


Anmeldende Klinik				
Station:				
Kontaktperson Arzt / AT / Pflege Tel.:				
Faxnummer:				
	Körpergröße (cm):	Gewicht (kg):		
Patientenaufkleber	Hauptdiagnose:			
	Nebendiagnosen			
Beatmung seit:	Größe oraler Tubus:	Tracheotomie am:		
	Größe Trachealkanüle (TK):	O Chirurgisch O Dilatativ		
		Letzter TK-Wechsel am:		
Respirator:	Beatmungsform:	PEEP		
		FiO ₂		
Pinsp/ASB	künstliche Nase h/Tag:	AF		
	Assistierte Verfahren h/Tag:	I:E		
SBT (Spontanatemversuch)	O Ja wann?	O Nein		
Labor aktuell				
pH:	pCO ₂ :	BE/HCO3:		
paO₂:	CRP:	PCT:		

verantwortlich:		OÄ Dr. Kathrin Schumann-Stoiber	Freizeichner:	CA Prof. Dr. Christian Schumann	
formal geprüft:		OE Jeannine Hsain	Freigabedatum:	25.06.2024	
Version:	08	KV_VL Anmeldebogen Weaning Immenstadt.docx., Ausdruck vom 25.06.2024, Seite 1 von 2			

VL Anmeldebogen WEANING

Tel. 08323 910 8159 Fax 08323 910 8219



Infektiologie / Mikrobiologie





Bitte beachten Sie, dass ohne aktuelle Abstriche keine zeitnahe Patienten-Übernahme möglich ist!				
MRSA	Nase/Rachen		O positiv	O negativ
	Rektal		O positiv	O negativ
	Wunden /Tracheostoma / PEG / Pufi / Drainagen		O positiv	O negativ
VRE	Rektal		O positiv	O negativ
MRGN	Wunden /Tracheostoma / PEG / Put	fi / Drainagen	O positiv	O negativ
	Urin-Kultur (nur bei liegendem Kath	eter)	O positiv	O negativ
RASS:		Auffällige Neurolo	gie? (ggf. Diagnostik	mitgeben)
Spozialbott (w	enn ja welches?)	Mobilisation (work	n ja wie weit, aktiv/pa	occiv)
O Ja	O Nein	wooliisation (weni	i ja wie weit, aktiv/pa	1551V)
O Ja	O Neill			
Dialvse (wenn	ja wie häufig, ggf. Protokoll mitgeben	n)		
,	,g., gg	-,		
Aktuelle Ernäh	rung:			
Schluckversuc	h O positiv O negat	iv		
Spezielle Wun	dversorgung / Dekubitus (wenn ja wie	e und wo?):		
Aktuelle Zugänge (ZVK, Magensonde etc.), inkl. letzter Wechsel:				
Aktueller Katecholaminbedarf: O ja O nein				
wenn ja, welches Katecholamin in welcher Dosierung:				
Sonstige Anmerkungen:				

Aktuellen Therapieplan wenn möglich vorab zusammen mit dem ausgefüllten Anmeldebogen an oben genannte Emailadresse senden oder faxen.

Vielen Dank! Das Weaningteam der Klinik Immenstadt

verantwortlich:		OÄ Dr. Kathrin Schumann-Stoiber	Freizeichner:	CA Prof. Dr. Christian Schumann	
formal geprüft:		OE Jeannine Hsain	Freigabedatum:	25.06.2024	
Version:	08	KV_VL Anmeldebogen Weaning Immenstadt.docx., Ausdruck vom 25.06.2024, Seite 2 von 2			