

VL Anmeldebogen WEANING

Tel. 08323 910 8159

Fax 08323 910 8219

E-Mail: pneumologie.weaning@klinikverbund-allgaeu.de



Klinikverbund
Allgäu



Zertifiziertes
Weaningzentrum
der DGP

Anmeldende Klinik	
Station:	
Kontaktperson Arzt / AT / Pflege Tel.:	
Faxnummer:	

Patientenaufkleber	Körpergröße (cm):	Gewicht (kg):
	Hauptdiagnose:	
	Nebendiagnosen	

Beatmung seit:	Größe oraler Tubus:	Tracheotomie am: <input type="radio"/> Chirurgisch <input type="radio"/> Dilatativ Letzter TK-Wechsel am:
	Größe Trachealkanüle (TK):	
Respirator:	Beatmungsform:	PEEP
Pinsp/ASB	künstliche Nase h/Tag:	FI _O ₂
	Assistierte Verfahren h/Tag:	AF
SBT (Spontanatemversuch)	<input type="radio"/> Ja wann?	I:E
		<input type="radio"/> Nein

Labor aktuell		
pH:	pCO ₂ :	BE/HCO ₃ :
paO ₂ :	CRP:	PCT:

VL Anmeldebogen WEANING

Tel. 08323 910 8159

Fax 08323 910 8219

E-Mail: pneumologie.weaning@klinikverbund-allgaeu.de



Klinikverbund
Allgäu



Zertifiziertes
Weaningzentrum
der DGP

Infektiologie / Mikrobiologie

Bitte beachten Sie, dass ohne aktuelle Abstriche keine zeitnahe Patienten-Übernahme möglich ist!

MRSA	Nase/Rachen	<input type="radio"/> positiv	<input type="radio"/> negativ
	Rektal	<input type="radio"/> positiv	<input type="radio"/> negativ
	Wunden /Tracheostoma / PEG / Pufi / Drainagen	<input type="radio"/> positiv	<input type="radio"/> negativ
VRE	Rektal	<input type="radio"/> positiv	<input type="radio"/> negativ
MRGN	Wunden /Tracheostoma / PEG / Pufi / Drainagen	<input type="radio"/> positiv	<input type="radio"/> negativ
	Urin-Kultur (nur bei liegendem Katheter)	<input type="radio"/> positiv	<input type="radio"/> negativ

RASS:	Auffällige Neurologie? (ggf. Diagnostik mitgeben)
Spezialbett (wenn ja welches?) <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Mobilisation (wenn ja wie weit, aktiv/passiv)
Dialyse (wenn ja wie häufig, ggf. Protokoll mitgeben)	
Aktuelle Ernährung:	
Schluckversuch <input type="radio"/> positiv <input type="radio"/> negativ	
Spezielle Wundversorgung / Dekubitus (wenn ja wie und wo?):	
Aktuelle Zugänge (ZVK, Magensonde etc.), inkl. letzter Wechsel:	
Aktueller Katecholaminbedarf: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> 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	