

VL Anmeldebogen WEANING

Tel. / Fax: 08323 910 – 8159 / - 8219

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



Klinikverbund
Allgäu



Zertifiziertes
Weaningzentrum
der DGP

| | |
|---------------------------------------|--|
| Anmeldende Klinik | |
| Station | |
| Kontaktperson Arzt / Tel.: | |
| Kontaktperson Atmungstherapeut / Tel. | |
| Kontaktperson Pflege / Tel. | |
| Faxnummer | |

| | |
|--------------------|-------------------|
| Patientenaufkleber | Körpergröße (cm): |
| | Gewicht (kg): |

| | | |
|-----------------------------|---|------------------------------------|
| Hauptdiagnosen | | |
| Nebendiagnosen | | |
| Beatmung seit: | Größe oraler Tubus: Größe Trachealkanüle: <input type="checkbox"/> Chir. <input type="checkbox"/> Dilatativ | Letzter Trachealkanülenwechsel am: |
| Respirator: | Beatmungsform: | PEEP / FiO ₂ |
| SBT (Spontanatemversuch) | <input type="checkbox"/> Ja wann? Erfolgreich ? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Nein |
| Pinsp/ASB | künstliche Nase h/Tag: Assistierte Verfahren h/Tag: | AF/I:E |

| | | |
|---------------|--------------------|-----------------------|
| Labor aktuell | | |
| pH: | pCO ₂ : | BE/HCO ₃ : |

VL Anmeldebogen WEANING

Tel. / Fax: 08323 910 – 8159 / - 8219

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



Klinikverbund
Allgäu



Zertifiziertes
Weaningzentrum
der DGP

| | | |
|------------------------------|---|------|
| paO ₂ : | CRP: | PCT: |
| Infektiologie/Mikrobiologie: | (MRSA, VRE, MRGN, SARS-CoV2, Influenza, etc...) | |

| | |
|---|---|
| RASS: | Auffällige Neurologie? (ggf. Diagnostik mitgeben) |
| Spezialbett (wenn ja welches?) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Mobilisation (wenn ja wie weit, aktiv/passiv) |

| |
|---|
| Dialyse (wenn ja wie häufig, ggf. Protokoll mitgeben) |
|---|

| |
|--|
| Aktuelle Ernährung: |
| Schluckversuch <input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ |

| |
|--|
| Spezielle Wundversorgung (wenn ja wie?): |
|--|

| |
|---|
| Aktuelle Zugänge (ZVK, Magensonde etc.), inkl. letzter Wechsel: |
|---|

| |
|---|
| Aktueller Katecholaminbedarf: |
| ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| wenn ja, welches Katecholamin in welcher Dosierung: |

| |
|-----------------------|
| Sonstige Anmerkungen: |
|-----------------------|

- **Aktuellen Therapieplan wenn möglich vorab zusammen mit dem ausgefüllten Anmeldebogen an unten genannte Emailadresse senden oder faxen**
- **Sollte bisher noch kein MRSA/ESBL Status erhoben sein, bitte vor einer Übernahme veranlassen.**

Vielen Dank !

Das Weaningteam der Klinik Immenstadt

| | | | |
|-----------------|---------------------------------|--|---------------------------------|
| Ersteller: | OÄ Dr. Kathrin Schumann-Stoiber | Freizeichner: | CA Prof. Dr. Christian Schumann |
| formal geprüft: | OE Jeannine Hsain | Freigabedatum: | 04.08.2023 |
| Version: | 07 | KV_VL Anmeldebogen Weaning Immenstadt (2).doc., Ausdruck vom 04.08.2023, Seite 2 von 2 | |