

Anmeldung im Weaning Zentrum Lemgo

Per Fax bitte an

 **05261 / 26 - 4373**

24h-Hotline Tel. 05261 26-3000

Ärztlicher Ansprechpartner:

Hr. T. Edrees Tel. 05261 26 - 6378

Weaningstation: Tel. 05261 26 - 6385

Sekretariat: Tel. 05261 26 - 4121

Anmeldende Klinik: Ansprechpartner: _____ Station: _____ Telefon: _____ Fax: _____	Patient (ggf. Aufkleber) Vorname/ Name: _____ Geburtsdatum: _____ Wohnort: _____ Telefon: _____
Angehörige: _____ Name / Telefon	Gesetzlicher Betreuer: _____ Name / Telefon
Medizinische Aspekte: Beatmungsgrund: _____ Grunderkrankung/Relevante Diagnosen: _____ Reanimation: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Dialyse <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Datum: _____ Katecholaminie: _____	
Erregerspektrum: MRSA: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wo? _____ Aktueller Abstrich am: _____ Pseudomonas: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wo? _____ MRGN 3: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wo? _____ MRGN 4: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wo? _____ Pilze: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Welche? _____	Antibiotikatherapie :

<p>Aktuelles Labor:</p> <p>CRP: _____ mg / dl</p> <p>Kreatinin: _____ mg / dl</p> <p>Hb: _____ g / dl</p> <p>Leuko: _____ K / μl</p>	<p>Zugänge / Sonden:</p> <p>Anlagedatum:</p> <p>ZVK: _____ <input type="checkbox"/></p> <p>Arterie: _____ <input type="checkbox"/></p> <p>Magensonde/PEG: _____ <input type="checkbox"/></p> <p>BDK / suprap. Kath.: _____ <input type="checkbox"/></p> <p>Andere Kath.: _____ <input type="checkbox"/></p>
<p>Beatmungstherapie:</p> <p>Intubation am: _____</p> <p>Intubationsprobleme:</p> <p>Verlauf: (evt. Ex- und Reintubationsversuche)</p> <p>am: _____</p>	<p>Aktueller Beatmungszugang:</p> <p>Tubus /Größe: _____</p> <p>Trachealkanüle/ Größe: _____</p> <p>Am: _____ Dilativ oder chirurgisch?</p> <hr/> <p>Aktuelle Beatmungszeiten:</p> <p>von _____ bis _____ Uhr</p> <p>von _____ bis _____ Uhr</p> <p>von _____ bis _____ Uhr</p>
<p>Beatmungsparameter aktuell:</p> <p>Modus: _____</p> <p>IPAP: _____ cm H₂O</p> <p>EPAP: _____ cm H₂O</p> <p>AF: _____ 1 / min</p> <p>I:E _____</p> <p>Größe: _____ geschätzt: <input type="checkbox"/></p> <p>Gewicht: _____ geschätzt: <input type="checkbox"/></p>	<p>Blutgasanalysen:</p> <p>beatmet: _____ spontan: _____</p> <p>Datum: _____ Datum: _____</p> <p>PH: _____</p> <p>PCO₂ (mmHG): _____</p> <p>PO₂ (mmHG): _____</p> <p>BE (mmol/l): _____</p> <p>HCO₃ (mmol/l): _____</p> <p>FiO₂ (%): _____ l/min.</p>

Ernährung: Oral: <input type="checkbox"/> Parenteral: <input type="checkbox"/> Enteral: <input type="checkbox"/> Menge/ml _____ Spezialkost: _____	Medikamente: _____ _____ _____
Patient: Wach? <input type="checkbox"/> Orientiert? <input type="checkbox"/> Neurologische Störungen? <input type="checkbox"/> Wenn ja, welche? _____ _____	Wie weit ist der Patient / die Patientin mobilisiert?
Dekubitus? Wenn ja, Lokalisation: _____ _____ Wundversorgung mit: _____ _____	Sonstiges:?

Wir bedanken uns und verbleiben mit freundlichen Grüßen
Ihr Weaningzentrum