

**Weaningeinheit
Westküstenklinikum
Dr. med. C. Freyer
Tel.-Nr.: 0481-785-1606
Fax-Nr.: 0481-785-1607**

Datum:			
Angaben zur betreuenden Institution/ Einrichtung			
Name:		Ansprechpartner:	
Straße/ Nr.:		Tel.-Nr.:	
PLZ/ Ort:		Fax-Nr.:	
		E-Mail:	
Aufnahme im WKK-Heide geplant am:			
Patientendaten und -Informationen			
Name:		Geb.-Datum:	
Vorname:		Geb.-Name:	
Straße/ Nr.:		Geschlecht:	
PLZ/ Ort:		Konfession:	
Tel.-Nr.:		Staatsangehörigkeit:	<input type="checkbox"/> deutsch
Krankenkasse:		Gewicht:	Kg
		Größe:	cm
Wahlleistung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgende:		
Hausarzt		Patientenwille	
Name:		Patientenverfügung liegt vor?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Straße/ Nr.:		Vorsorgevollmacht liegt vor?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
PLZ/ Ort:		DNR / DNI ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Angehörige/r		Betreuung	
Name:		Gesetzl. Betreuung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Vorname:		Name:	
Straße/ Nr.:		Vorname:	
PLZ/ Ort:		Straße/ Nr.:	
Tel.-Nr.:		PLZ/ Ort:	
Verwandtschaftsgrad		Tel.-Nr.:	

CE.*^äi~ & á} c!|a* cääe fÖ[\ ^ } á} ä} ä} { } ^ } * • ää } • c

Häusliche Situation und Versorgung vor der Beatmungssituation

Diagnose/n (als Ursache der Beatmung führende Grunderkrankung(en)/aktuelle Diagnose(n))

Untersuchung	Vorliegende Befunde	Datum	Infektion/en bzw. nachgewiesene Problemkeime
Rö.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		MRSA: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
(C)CT	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		ESBL: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bronchoskopie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		VRE: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sonstige:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Pseud. aerug.: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
			Andere:
Medikamente			IST-Zustand
Katecholamine? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			RASS?
			Motorik aktiv? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
			Kontrakturen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
			Lokalisation:
			Ödeme? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
			Lokalisation:
			Dekubitus / Wunden ? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
			Lokalisation:
			<input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> PEJ <input type="checkbox"/> Magensonde

CE • ^ ä i ~ & á } c ! | a * c ä e e ö [\ ~ { ^ } ö ä æ @ ö ^ { Á } ä ^ i ~ } * • ä ä } • c

Beatmung			
<input type="checkbox"/> ET <input type="checkbox"/> TK Größe (a.D.):		Spontan/ Tag:	
Anlageart:	<input type="checkbox"/> dil. <input type="checkbox"/> chir.	Gerät:	Anz.
Angelegt am:		Provider?	
Letzter Wechsel:		B.-Modus:	
Anzahl der Extubationsversuche:		Beatmet seit:	
Laborwerte			
Aktuelles Labor vom			
CRP		Na	
Hb		Leuk	
Krea i. S.		Thrombos	
Harnstoff		K	
Aktueller SBH	Spontan	unter Beatmung	Zugänge
FiO2/L O2/min			Arterieller Zugang? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
pO2			Venöser Zugang? <input type="checkbox"/> peripher <input type="checkbox"/> ZVK
pCO2			Datum Anlage:
pH			Blasenkatheter? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
BE			Datum Anlage:
Bikarbonat			Suprapub. Katheter? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
SaO2			Datum Anlage:
Sonstiges			
Schluckstörungen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Dialysepflicht <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Name aufnehmende/r Mitarbeiter/in:			HZ:

CE * ^ ä i ~ & d } c | | a * c h e e f ö [\ ~ { ^ } ö ä k o ö h ^ { Ä } ä ^ i ~ } * • ä ä } • c