

Asklepios Klinikum Hamburg Harburg
Eißendorfer Pferdeweg 51
21075 Hamburg

Klinik für Intensivmedizin und Beatmungsmedizin
Beatmungszentrum Hamburg Harburg

Chefarzt: Dr. med. F. Escherich
Tel.: 040-1818-86-2470
Fax.: 040-1818-86-3561

Anmeldung für die Station Lebensluft an:

Fr. Blöcker

Tel.: 040-1818-86-4575

Fax.: 040-1818-86-3879

Anmeldung für die Station Lebensluft

Patientendaten (Name/Vorname/Geburtsdatum/Adresse):

--

Anmeldung erfolgt aus:

Krankenhaus ☐ WG ☐ häusliche Intensivpflege ☐
Langzeitbeatmungseinrichtung ☐ Rehabilitationsklinik ☐

Kontaktdaten der zuweisenden Einrichtung (Adresse/Ansprechperson/Telefonnummer):

--

Angehörige/Betreuer/Telefonnummer: _____

Krankenkasse: _____

Größe/Gewicht: ____/____

Diagnosen:

Grund für die Beatmung, bzw. Trachealkanülierung: _____

Akute Diagnosen

Chronische Diagnosen

Beatmung: ja ☐ nein ☐

Beatmungsdauer (Stunden): tagsüber _____ nachts _____

Feuchte Nase ☐ Sprechaufsatz ☐ Dauer Sprechaufsatz (Minuten/Stunden): _____

Beatmungsparameter

Trachealkanüle: Modell _____ Hersteller _____ Ref.Nr. _____ Größe _____ Arretierung _____

BGA (mit/ohne Beatmung):

Wert	mit Beatmung	ohne Beatmung
pH		
pO2		
SO2		
pCO2		
HCO3		
BE		
Hb		

Sauerstoffgabe: (mit/ohne Beatmung): _____/_____

Sekretaufkommen: wenig ☐ mäßig ☐ viel ☐

Hustenstoss/Sekretclearance: gut ☐ mäßig ☐ schlecht ☐

Absaughäufigkeit pro Tag: _____

Dysphagiestufe: _____

Ernährung: oral ☐ MS ☐ PEG ☐

Mobilisation/Physiotherapie:

--

Vigilanz: _____

Kommunikation: _____

Delir: Ja ☐ nein ☐

Kognitive Fähigkeiten: _____

Dekubitus: nein ☐ ja ☐ Lokalisation: _____ Grad: _____

Problemkeime (MRE): _____

Epikrise (wichtigste Punkte/aktueller Status):

--

Medikamente:

--