

Verlegende Klinik

Name Klinik _____
 Station _____
 Telefon Arzt _____
 Telefon Pflege _____
 Telefon Sozialdienst _____
 Verlegung möglich ab _____

Patientendaten

Name _____
 Vorname _____
 Geb.-Datum _____
 Größe/Gewicht _____
 Betreuung vorhanden nicht vorh.
 Ehegatten-Notvertretung
 Name und Tel-Nr. _____
 des Angehörigen _____

Patienten-
Etikett

Hauptdiagnose
Vorerkrankungen:
Beatmung

Start invasive Beatmung (Intubation) _____
 Extubationsversuch nein ja, Datum: _____
 Tracheotomie dilat. Datum: _____
 chir. Datum: _____
 Dekanülierung nein ja, Datum: _____
 Beatmung nein ja invasiv nicht invasiv
 Highflow nein ja Einstellung _____

 Aktuelle Spontan-
atmungskapazität

nein
 feuchte Nase Phonation
 CPAP/ASB > PEEP: _____ ASB: _____
 Dauer: _____

BGA	FiO ₂	pCO ₂	pO ₂	pH	HCO ₃
<input type="checkbox"/> Beatmung	_____	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Spontan	_____	_____	_____	_____	_____

Modus	IPAP	PEEP	AF	TI	FiO ₂
_____	_____	_____	_____	_____	_____

Mobilität

Bett Bettkante Stand Sessel Rollator
 Barthel Index: _____ Punkte

Bewusstsein

orientiert desorientiert sediert

Medikation _____

Kreislauf

Katecholamine nein ja: _____

Präparat und Dosierung

Niere

Dialyse nein kontinuierlich intermittierend

Letztes Labor bei Dialyse	Harnstoff	Krea	GFR
_____	_____	_____	_____

Infektiologie

Relevante mikrobiologische Befunde
 nein ja: _____
 Iso.-pfl. Keime: nein ja: _____
 MRSA VRE ESBL 3MRGN 4MRGN

lfd. Antibiose	Leukos	CRP	PCT
_____	_____	_____	_____

Zugänge/Drainagen

ZVK art. Kanüle DK Shaldon Demers

 Sonstige _____

Ernährung

parenteral oral NGS PEG

 FEES erfolgt - Befund: _____

Wunden/Dekubiti

nein ja: _____

 Datum, Unterschrift

Wir bitten darum, ergänzend zu der Anmeldung, uns einen vorläufigen Arztbrief mit Krankheitsverlauf, aktueller Medikation sowie ausgefüllten Barthel zuzusenden.