

Anmeldebogen zur NIV-Einleitung bei chronischer Hyperkapnie

Ansprechpartner:

OÄ Fr. Silber Tel.: 0421- 408 61827

Teamassistentin

Fr. Wagner Tel.: 0421- 408 1919

Station 43 Tel.: 0421- 408 1480

Per FAX bitte an + 49 (0) 421 408 - 1833

Kontaktdaten des Anmelders	
Name	
Telefonnr.	

Patientendaten			
Name		Straße	
Vorname		PLZ/Ort	
Geburtsdatum		Telefonnr.	

weitere Informationen			
Diagnose: (z.B. COPD, OHS, o.ä.)			
Größe		Gewicht	
Isolation erforderlich? Keimnachweis?		ja	nein
Ist schon einmal eine NIV-Einleitung erfolgt (z.B. im Rahmen einer Exazerbation)?		ja	nein
Besteht bereits eine LTOT-Versorgung?		ja	nein

aktuelle BGA		
	ohne O2	mit (____l /min)
pH		
pO2 (mmHg)		
pCO2 (mmHg)		
HCO3- (mmol/l)		
BE		

aktuelle Lungenfunktion	
FEV1 (%)	
VC (%)	
RV (%)	

oder BGA- und Lungenfunktionsbefund beifügen