

**Anmeldebogen zur NIV-Einleitung  
bei chronischer Hyperkapnie**

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

<b>Kontaktdaten des Anmelders</b>	
Name	
Telefonnr.	

<b>Patientendaten</b>			
Name		Straße	
Vorname		PLZ/Ort	
Geburtsdatum		Telefonnr.	

<b>weitere Informationen</b>			
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

<b>aktuelle BGA</b>		
	ohne O <sub>2</sub>	mit (____ l /min)
pH		
pO <sub>2</sub> (mmHg)		
pCO <sub>2</sub> (mmHg)		
HCO <sub>3</sub> - (mmol/l)		
BE		

<b>aktuelle Lungenfunktion</b>	
FEV1 (%)	
VC (%)	
RV (%)	

oder BGA- und Lungenfunktionsbefund beifügen