

Übernahmeanfrage Weaningstation Klinikum Bremen Ost

Name: _____ geb. am: _____ Größe: _____ m Gewicht/BMI: _____		
Verlegende Klinik/ Station: _____ Ansprechpartner: _____		
Telefon: _____ Fax: _____		
Hauptdiagnose: _____		
Nebendiagnosen: _____		
Krankenhausaufenthalt seit: _____ Krankenversicherung: _____		
Versorgung vor KH-Aufnahme: ☐ selbstständig ☐ Angehörige ☐ Pflegedienst ☐ Pflegeheim		
Betreuung: ☐ Ja/ ☐ Nein		
Beatmet seit: _____ ☐ invasiv ☐ nichtinvasiv ☐ HighFlow Weaning begonnen: ☐ Ja/ ☐ Nein SPA-Dauer: _____ E-Tubus: ☐ Ja/ ☐ Nein Trachealkanüle: ☐ Ja/ ☐ Nein Tracheotomie: ☐ chirurg./ ☐ dilatativ am: _____ Modus: _____ Peep: _____ Pinsp/ Psupport: _____ FiO2: _____ O2 L/min: _____		
Aktuelle BGA: pH: _____ pCO ₂ : _____ pO ₂ : _____ HCO ₃ : _____ BE: _____ Laktat: _____		
ZVK: ☐ Ja/ ☐ Nein Invasive Blutdruckmessung: ☐ Ja/ ☐ Nein Dialysepflichtig: ☐ Ja/ ☐ Nein MS: ☐ Ja/ ☐ Nein PEG: ☐ Ja/ ☐ Nein SPF: ☐ Ja/ ☐ Nein		
RASS: ☐ wach ☐ vigilanzgemindert kooperativ: ☐ Ja/ ☐ Nein Katecholamine: ☐ Ja/ ☐ Nein Intravenöse Sedativa: ☐ Ja/ ☐ Nein Welche: _____ Mobilität: ☐ Bettlägerig ☐ Bettkante ☐ Mobilisation in den Stand ☐ Gehfähig Dysphagie: ☐ Ja/ ☐ Nein		
MRSA: ☐ Ja/ ☐ Nein MRE: ☐ Ja/ ☐ Nein VRE: ☐ Ja/ ☐ Nein letzter Abstrich: _____ Sonstige isolationspflichtige Erreger: ☐ Ja, welche _____ ☐ Nein Chronische Wunden: ☐ Ja/ ☐ Nein Dekubitus: ☐ Ja/ ☐ Nein Ort: _____		
Aktuelle Antibiotikatherapie ☐ Ja/ ☐ Nein Fokus: _____ welche: _____ bisherige Antibiotikatherapie: _____		

Datum: _____ Unterschrift: _____