

**Johanniter Krankenhaus Oberhausen**  
**Klinik für Bronchial- und Lungenheilkunde**  
**mit Beatmungs- und Schlafmedizin**



Steinbrinkstraße 96a, 46145 Oberhausen

Phone: +49 (0)208 / 697-4017 (RICU), -4018 (ITS), -4201 (Chefsekretariat)

Fax: +49 (0)208 / 697-4053 (RICU), -4123 (ITS), -4203 (Chefsekretariat)

**Weaning-Übernahmeanfrage**

Datum:

! Bitte sorgfältig ausfüllen und ankreuzen !

Patientendaten			
Name, Vorname:			
Geburtsdatum:	Größe in cm:	Gewicht in kg:	
Adresse:			
Krankenversicherung:			
Angehörige/Betreuer:			Tel.-Nr.:

Gegenwärtiger Aufenthaltsort			
Krankenhaus:			Tel.-Nr. (Zentrale):
Station:			Tel.-Nr.:
<input type="checkbox"/> Intensivstation	<input type="checkbox"/> Intermediate Care	<input type="checkbox"/> Allgemeinstation	
Ärztl. Ansprechpartner:			Tel.-Nr.:
Auf ihrer Station seit:			In stationärer Behandlung seit:

Anamnese			
Diagnose bei Aufnahme in ihr Krankenhaus:			
Grund der Beatmungspflichtigkeit:			
Erstdiagnose am:			
Weitere Diagnosen / Nebendiagnosen:			
<input type="checkbox"/> Akute Niereninsuffizienz	<input type="checkbox"/> Chron. Niereninsuffizienz	<input type="checkbox"/> Koronare Herzerkrankung	
<input type="checkbox"/> Arterielle Hypertonie	<input type="checkbox"/> COPD	<input type="checkbox"/> Adipositas per magna	
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> Dialysepflicht	<input type="checkbox"/> Z.n. Apoplexie	
<input type="checkbox"/> Sonstige Diagnosen:			
Medikation vor Krankenhausaufnahme:			

## Derzeitige Medikation und Dosierung

Analgetika:	
Sedativa:	
Katecholamine:	
aktuelle Antibiose (Dosis, Dauer):	
vorherige Antibiose (Dosis, Dauer):	
Sonstige Medikation:	

## Beatmungs-Historie / -Ausstattung

Beatmet seit:		invasiv		nicht-invasiv
Beatmungs-/ Intubations-Indikation:				
Anzahl Extubationsversuche:				
Tubus	Größe:	Charrière (CH)	seit:	
Tracheostoma	Größe:	Charrière (CH)	seit:	
Sonstiges (z.B. Zugänge, Blasenkatheter, Dekubitus):				

## Respiratorischer Status

<b>momentane Beatmungsform</b> (z.B. IPPV):		ca. Std./Tag:	
Parameter AF, AZV, PEEP, (etc):			
paO <sub>2</sub> :	mmHg	paCO <sub>2</sub> :	mmHg
BE:	mmol/L	Bicarbonat:	mmol/L
<b>Spontanatmung</b> mit	L O <sub>2</sub> /min.	ca. Std./Tag:	
paO <sub>2</sub> :	mmHg	paCO <sub>2</sub> :	mmHg
BE:	mmol/L	Bicarbonat:	mmol/L

## Vigilanzstatus

agitiert	ruhig und wach	sediert, aber weckbar	tief sediert
----------	----------------	-----------------------	--------------

## Hilfebedarf

	selbständig	mit Hilfe	unselbständig	übernimmt Angehöriger / eigene Assistenz
Lagerung				
Mobilisierung				
Körperpflege				
Ernährung*				

	*Oral		*Enteral**		*Parenteral
**Unverträglichkeiten gegen bestimmte Sondennahrung:					

## Aktuelles Labor

Bitte aktuelles Laborblatt dazu legen bzw. hier die wichtigsten Werte eintragen, wie

Kalium:		Gluc:		Hb:		Ferritin:	
Leberwerte:		Kreatinin:		CrP:			

## Problemkeime

	aktuelles Abstrichdatum:	3 Abstrichorte (z.B.):	+ Befund	- Befund
MRSA		nasal	positiv	negativ
		axillar	positiv	negativ
		perineal	positiv	negativ
		nasal	positiv	negativ
		axillar	positiv	negativ
		perineal	positiv	negativ

## Dringlichkeitsstufe der Weaning-Übernahme

hoch (in 1-3 Tagen)	mittel (in 3-7 Tagen)	niedrig (in 7 Tagen)

Unterschrift des ausstellenden Arztes: \_\_\_\_\_

**Senden per eMail**

**Drucken**

Bitte senden Sie diese Übernahme-Anfrage entweder digital (nur mit Acrobat Professional möglich) oder ausgedruckt per Fax an: +49 (0)208 / 697- 4053