

Anmeldung zum stationären Weaning

BETHESDA Krankenhaus • Heerstr. 219 • 47053 Duisburg

BETHESDA

MEDIZINISCHE KLINIK III
PNEUMOLOGIE, ALLERGOLOGIE,
SCHLAF- UND BEATMUNGSMEDIZIN

Chefarzt Dr. med. C. Maurer

Telefon 0203 6008-0
Chefarzt 6008-1330/1331
Telefax 6008-1250
pneumologie@bethesda.de

PATIENTENAUFKLEBER

Meldende Abteilung:

Ansprechpartner:.....(Name).....

Stempel der Abteilung

Telefon:.....

Telefax:.....

Größe:cm

Gewicht:kg

Führende Grunderkrankung (Ursache der Beatmung):.....

Führende aktuelle Diagnose (Ursache der Beatmung):.....

Raucher (j/ n/ ex)..... Pack years.....

Weitere Diagnosen (v. a. kardiologisch/ neurologisch)

1. 2. 3.
4. 5. 6.

Weaningkategorie Gruppe 2 Nach frustriertem Spontanatemversuch (SBT) bis zu 3 weitere SBT resp. bis zu 7 Tage Beatmung
 Gruppe 3 > 3 SBT und/ oder > 7 Tage Beatmung

Aufnahme Krankenhaus (TT/MM/JJJJ)

Beatmungsdauer insgesamt:Tage

Beatmungsmodus

Beatmungsparameter: fiO_2 insp. Druck..... exp. Druck.....

Insp. Druckunterstützung (ASB/ PPS/...).....

Atemfrequenz..... davon Spontan.....

Tidalvolumen.....

Aktuelle BGA: pCO_2 pO_2 pH BE HCO_3

Spontanatemversuche durchgeführt ja wenn ja, wie oft:mal
 nein

Spontanatmung erreichbar für? Minuten Stunden ...

Evangelisches Krankenhaus BETHESDA zu Duisburg GmbH • Akademisches Lehrkrankenhaus
Onkologischer Schwerpunkt • Brustzentrum • Lungenzentrum • Magen-Darm-Zentrum • Diabeteszentrum

Vorsitzender des Aufsichtsrats: Günter Poestgens

Geschäftsführer: Dr. Holger Praßel und

Dr. med. Martin Biggemann

Amtsgericht Duisburg HR B 727

KD-Bank e.G.

Deutsche Postbank Essen

Sparkasse Duisburg

www.bethesda.de

BLZ 350 601 90

BLZ 360 100 43

BLZ 350 500 00

Konto-Nr. 1 010 667 018

Konto-Nr. 591 90 431

Konto-Nr. 232 000 430

Tracheotomie ja Dilatativ Chirurgisch
 nein

Endotrachealtubus ja, Größe nein

Vigilanz GCS: RASS:..... Ramsay:.....

Aktuell Nachweis von Problemkeimen? ja nein

Wenn ja, welche? MRSA ESBL VRE
 MBE Clostridien andere

Katecholamine: nein
 Vasopressoren (Welche? Dosierung?)
 Inotropika (Welche? Dosierung?)

Labor: Hb Leukozyten Thrombozyten
Quick PTT
Krea Harnstoff
CRP PCT
GOT (ASAT) GPT (ALAT) GGT

Zugänge: Venös Arteriell
 Blasendauerkatheter suprapubisch transurethral

Dekubitus Ulzerationen Rötungen Defekte

Dialysepflicht Ja letzte Dialyse am..... nein

Eine **Rückübernahme nach erfolgreichem Weaning** wird im Bedarfsfall garantiert? ja / nein

Es wurde bereits eine **Rehabilitationsmaßnahme beantragt?** ja / nein

Datum, Unterschrift