

# Übernahmeanfrage

Patient (ggf. Aufkleber)

Anmeldende Klinik:		Name:	
Ort:		Vorname:	
Behandelnder Arzt /Ärztin:		Geboren:	
Vorwahl:	Telefon:	Wohnort:	
Betreuung / Angehörige:		Größe: .....Gewicht ca.....kg	
<b>Hauptdiagnosen:</b> (⇩ weitere Diagn. o. Kommentar ⇩) <input type="checkbox"/> COPD <input type="checkbox"/> Neuromuskulär <input type="checkbox"/> Skoliose <input type="checkbox"/> Thorax-OP <input type="checkbox"/> Post-Tbc <input type="checkbox"/> Adipositas <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> .....		<b>Nebendiagnosen:</b> (⇩ weitere Diagn. o. Kommentar ⇩) <input type="checkbox"/> KHK <input type="checkbox"/> Niereninsuff. <input type="checkbox"/> VHF <input type="checkbox"/> pAVK <input type="checkbox"/> Herzinsuff. <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Herzinfarkt <input type="checkbox"/> Schlafapnoe <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> .....	
Neurologie & Psyche	<input type="radio"/> voll orientiert	<input type="checkbox"/> Depression	<input type="checkbox"/> PNP / CIP
	<input type="radio"/> teilweise orientiert	<input type="checkbox"/> Epilepsie	<input type="checkbox"/> Hypox. Hirnschaden
	<input type="radio"/> nicht orientiert	<input type="checkbox"/> Zwerchfellparese	<input type="checkbox"/> Demenz
	<input type="radio"/> delirant	<input type="checkbox"/> Schluckstörung	<input type="checkbox"/> Parkinson
	<input type="checkbox"/> Apoplex	<input type="checkbox"/> Alkoholabusus	
	<input type="checkbox"/> Stimmbandparese	<input type="checkbox"/>	
		Herz-Kreislauf: Blutdruck _____ Puls _____ Katecholaminbedarf <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Nierenersatzverfahren <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Zugänge: <input type="checkbox"/> ZVK <input type="checkbox"/> periphere Vene <input type="checkbox"/> Arterie	
Therapie / Verlauf:			
BGA		Letzte BGA pCO2 spontan..... pCO2 unter Beatmung.....	
paO <sub>2</sub> bei FIO <sub>2</sub>			
<input type="radio"/> Tubus <input type="radio"/> TK <input type="radio"/> NIV <input type="radio"/> Spontan Intubation am:.....Tracheostoma am:.....		<input type="radio"/> Chirurgisches Tracheostoma <input type="radio"/> Punktions-Tracheostoma O <sub>2</sub> -Gabe / Fi O <sub>2</sub> pH pa O <sub>2</sub> PCO <sub>2</sub>	
Beatmung seit wann, wie (Assist.) Spontanatmung <input type="radio"/> Min. <input type="radio"/> Std		Laufende Antibiose, Antimykotika, Virostatika:	
MRSA-Abstrich:	Datum:	<input type="radio"/> negativ	<input type="radio"/> positiv
ESBL-Abstrich:	Datum:	<input type="radio"/> negativ	<input type="radio"/> positiv
VRE-Abstrich:	Datum:	<input type="radio"/> negativ	<input type="radio"/> positiv
aktueller Hb-Wert:                      CRP:                      Krea: <b>Vor Verlegung muss Hb-Wert größer/gleich 9 mg/dl sein!</b>			
Ernährung:	<input type="checkbox"/> oral	<input type="checkbox"/> nasogastrale Sonde	<input type="checkbox"/> PEG-Sonde <input type="checkbox"/> parenteral <input type="checkbox"/> Aspirationsgefahr
Ausscheidung:	<input type="radio"/> Harninkontinenz	<input type="radio"/> Transurethraler BVK	<input type="radio"/> suprapub. BVK <input type="radio"/> Stuhlinkontinenz <input type="radio"/> Anus praeter
Dekubitus/Wunden spez. Lagerung:			
Wie weit ist der Pat. mobilisiert?	<input type="radio"/> Bett <input type="radio"/> Bettkante <input type="radio"/> Sessel <input type="radio"/> Stand <input type="radio"/> hoher Gehwagen <input type="radio"/> Rollator <input type="radio"/> voll mobil	Ggf. Kommentar:	
Sonstige Bemerkungen, spezielle Therapieformen:			
Rückübernahme nach Weaning-Abschluss möglich? <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN			
Datum:		Unterschrift	