

Sehr geehrte/r Kollege/in,
wir bitten beim Zusenden der
Übernahmeanfrage,
zusätzlich um einen
aktuellen Arztbrief und um
ein Labor.
Vielen Dank.

Tel.: (0 71 30) 15 4211
Fax: (0 71 30) 15 4623

Übernahmeanfrage

(bitte alles in Druckbuchstaben ausfüllen)

Patient (ggf. Aufkleber)

Name:
Vorname:
Geboren:
Wohnort:

Anmeldende Klinik:					
Ort:					
Behandelnder Arzt /Ärztin:					
Vorwahl:		Telefon:		Fax:	
Betreuung / Angehörige:			Größe:cm und Gewicht:.....kg		
Eilbetreuung beantragt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Rehabilitation beantragt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Patientenverfügung / General- und Vorsorgevollmacht vorhanden: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					
Katecholaminbedarf <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Nierenersatzverfahren <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Zugänge (Datum der Anlage): <input type="checkbox"/> ZVK <input type="checkbox"/> periphere Vene <input type="checkbox"/> Arterie <input type="checkbox"/> sonstige: _____			Letzte paO ₂ bei FIO ₂ Letzte pCO ₂ unter Beatmung..... Letzte pCO ₂ spontan.....		
<input type="checkbox"/> Tubus <input type="checkbox"/> TK <input type="checkbox"/> NIV <input type="checkbox"/> Spontan <input type="checkbox"/> NHF <input type="checkbox"/> O ₂ -Brille			<input type="checkbox"/> Chirurgisches Tracheostoma <input type="checkbox"/> Punktions-Tracheostoma		
Intubation am:.....Tracheostoma am:.....			Laufende Antibiose, Antimykotika, Virostatika:		
Beatmung seit wann, wie (Assist.) Spontanatmung Min.: Std.:					
MRSA-Abstrich:		Datum:		<input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv
VRE-Abstrich:		Datum:		<input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv
MRGN-Abstrich:		Datum:		<input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv
SARS-Cov2-Abstrich:		Datum:		<input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv
Andere Infekte:					
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="checkbox"/> Harninkontinenz	<input type="checkbox"/> Transurethraler BVK	<input type="checkbox"/> suprapub. BVK	<input type="checkbox"/> Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/> Anus praeter
Dekubitus/Wunden spez. Lagerung:					
Wie weit ist der Pat. mobilisiert?		<input type="checkbox"/> Bett <input type="checkbox"/> Bettkante <input type="checkbox"/> Sessel <input type="checkbox"/> Stand <input type="checkbox"/> hoher Gehwagen <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> voll mobil		Ggf. Kommentar:	
Ziel der Verlegung:					
Lebensverlängernde Maßnahmen erwünscht:			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Rückübernahme nach Weaning-Abschluss möglich?			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Datum:					
			Unterschrift		