

AGAPLESION EV. KRANKENHAUS MITTELHESSEN gGmbH, Gießen

 Station 1.3/ Weaning/ TAB
 Telefon: 0641/ 9606 – 3130
 Fax: 0641/ 9606 – 3136
 E-Mail: TAB-Bereich@agaplesion.de

**Überleitungsbogen für das Therapiezentrum
 Außerklinische Beatmung in Gießen**

Versicherter:	
Geburtsdatum:	
Anschrift:	
Größe:	
Gewicht:	
Diagnosen:	

Aktuelle Beatmungsparameter:	
Aktuelle BGA:	
Beatmungszugang/ TK Größe:	
Intubation am:	
Extubation am:	
Re- Intubation am:	
Tracheotomie am:	(Dillativ / Chirurgisch)
Dekanülierung am:	
Platzhalter am:	
Re-Kanülierung am:	



NIV im Vorfeld des Akutereignisses schon vorhanden:	nein	ja
Schlaflabor Untersuchungen in der Vergangenheit :	nein	ja , welche:

Letzter TK Wechsel am:	
Tracheostoma lokal Befund:	
Neurologischer Status:	

Spontanatemdauer:	unter welchen Bedingungen: SV / FN / Highflow / CPAP ASB
Sauerstoffgabe:	Gibt es eine häusliche LTOT? ja nein
Inhalative Medikation:	- Häusliche Medikation: - Aktuelle Medikation:
Atemtherapiegeräte (z. B. Cough assist oder ähnl.):	

Sekret Status:	Häufigkeit des Absaugens: Konsistenz: Farbe: Hustenstoß vorhanden: ja nein Menge:
Mobilität:	- Vorgeschichte: - Aktuell:
Raucher:	nein ja , bis wann: wieviel PY:



Nierenersatzverfahren:	nein ja , kontinuierlich:
Sedierung:	
Katecholamine:	
Vigilanz:	
Magensonde:	nein ja
PEG:	nein ja
Sondenkost:	nein ja , welche:
Andere Zugänge:	nein ja , welche: ZVK / Arterie / Braunüle / Sonstige
Ödeme der oberen Extremitäten:	
Ödeme der unteren Extremitäten:	
Weitere relevante Befunde:	