



AGAPLESION EVANGELISCHES KRANKENHAUS MITTELHESSEN, Gießen

Datum:

Verlegungs Krankenhaus:

Frau / Herr Dr.

Station:

Telefon:

Nachname:

Vorname:

Krankenkasse:

geboren:

Größe:

Gewicht:

Diagnosen:

Beatmung:

Modus:

seit wann:

Spontanatmung: h/tgl.

Letzte BGA:

PCO₂ spontan:

PCO₂ unter Beatmung:

PO₂:

FiO₂:

Tracheostoma seit:

☐ dilatativ

☐ chirurgisch

Maske seit:

Ernährung:

☐ Magensonde seit:

☐ PEG seit:

Sondenkost:

Herz/ Kreislauf/ Niere:

Katecholaminbedarf:

☐ ja

☐ nein

Nierenersatzverfahren:

☐ ja

☐ nein

Analosedierung:

☐ ja

☐ nein

Medikamente:

Zugänge:

Braunüle: ☐ ja ☐ nein

ZVK: ☐ ja ☐ nein

Arterie: ☐ ja ☐ nein

Port: ☐ ja ☐ nein

Blasen Katheter: ☐ ja ☐ nein

Suprapubischer Katheter: ☐ ja ☐ nein

Labor:

CRP: Hb: Kreatinin: Kalium:
MRSA-Nachweis: ☐ ja ☐ nein aus Material:
Testungen durchgeführt: ☐ ja ☐ nein Testungen veranlasst: ☐ ja ☐ nein

Weitere Problemkeime:
VRE: ☐ ja ☐ nein Organ:
ESBL: ☐ ja ☐ nein Keim: Organ:
Anderer: ☐ ja ☐ nein Keim: Organ:

Mobilisation: ☐ Bett ☐ Stuhl ☐ Zimmer ☐ Flur

Dekubitusulcera: ☐ ja ☐ nein Lokalisation:

Neurologische Problematik:

Krampfanfälle, Status epilepticus: ☐ ja ☐ nein
Critical-illness-Polyneuropathie: ☐ ja ☐ nein
Hypoxischer Hirnschaden: ☐ ja ☐ nein max. NSE (falls durchgeführt):

Weitere besondere Problematik:**Angehörige/ Betreuung:**

Info an verlegendes KH: Verlegung bis 11 Uhr und Rückmeldung bei Verspätung ☐ ja ☐ nein

Geplante Übernahme am:

☐ zur Einleitung NIV ☐ Optimierung NIV ☐ zum Weaning ☐ TAB

Nächste Rücksprache am:**Unterschrift Ärzt:innen:**

**Bitte senden Sie diesen Patientenaufnahmebogen an folgende Fax-Nr.:
06 41 / 96 06-3136**

Für telefonische Rückfragen: 06 41/ 96 06-721