

**AGAPLESION EV. KRANKENHAUS MITTELHESSEN,
Pneumologische Klinik**

Datum:

Verlegungskrankenhaus:

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

Analgosedierung: ja nein

Medikamente:

Zugänge:

Braunüle: ja nein ZVK: ja nein Arterie: ja nein Port: ja nein

Blasenkatheter: 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

Nächste Rücksprache am:

Unterschrift Arzt:

Bitte senden Sie diesen Patientenaufnahmebogen an folgende Fax-Nr. 0641 / 96 06-722

Für telefonische Rückfragen: 0641 / 96 06 - 721