



AGAPLESION EVANGELISCHES KRANKENHAUS MITTELHESSEN, Gießen

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

Analgesedierung:

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 Ärzt:innen:

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

Für telefonische Rückfragen: 06 41/ 96 06-721