

Übernahmebogen Weaning

Anfragende Einrichtung

Krankenhaus: _____ Station: _____ Name: _____ Telefonnummer: _____

Patientendaten

Nachname: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____ Größe: _____ Gewicht: _____

Haupt- und Nebendiagnosen (bitte vollständige Diagnosenauflistung beifügen)

Aktuell verwendete Beatmungs-/Spontanatmungsformen

Datum des invasiven Beatmungsbegins: _____

Stunden Spontanatmung pro Tag: _____ Stunden druckunterstützte Spontanatmung pro Tag: _____

Stunden mandatorische Beatmung pro Tag: _____ Endotrachealtubus: o nein o ja

Tracheostoma: o nein o ja o dilatativ o chirurgisch-plastisch Größe ID / OD: _____ / _____

letzte BGA Spontanatmung: pO₂ / pCO₂ (mmHg): _____ / _____ (FiO₂ = _____)

letzte BGA Beatmung: pO₂ / pCO₂ (mmHg): _____ / _____ (FiO₂ = _____)

Zugänge / Wege / Plastik (bitte Zutreffendes ankreuzen)

ZVK	arterielle Kanüle	Pleuradrainage	Port	Dialysekatheter	PEG / PEJ	suprapubischer Katheter
-----	-------------------	----------------	------	-----------------	-----------	-------------------------

Therapie / Medikation (bitte Zutreffendes ankreuzen)

Katecholaminbedarf	Nierenersatzbehandlung	enterale Ernährung	parenterale Ernährung	Sedierungsbedarf tagsüber	Sedierungsbedarf nachts
--------------------	------------------------	--------------------	-----------------------	---------------------------	-------------------------

Sonstiges

Multiresistente Erreger: o nein o ja (falls zutreffend, bitte MRE-Überleitungsbogen beifügen)

Mobilisation: o Bett o Bettkante o Stuhl o Stand o Zimmer o Flur

Dekubitalulcera: o nein o ja (falls zutreffend, Lokalisation(en) _____)

Betreuung eingerichtet: o nein o ja

Barthel-Index: _____ Punkte

RASS tagsüber: _____ (Richmond Agitation Sedation Scale)

Sonstige wichtige Bemerkungen: _____