

Ihr Ansprechpartner: Dr. Timo Deininger und Dr. Hannes Kammerer
Tel.: 07161.64-7190 oder 07161.64-7180 Fax : 07161.64-8720
E-Mail: timo.deininger@af-k.de

315494



Überleitende Klinik/Intensivstation: (Stempel)	Patientendaten: (Patientendatenaufkleber)		
	Name, Vorname		
	Geburtsdatum		
	Anschrift		
	Krankenkasse		
Ärztlicher Ansprechpartner (Name, Telefon):		Körpergröße: cm	kg
Gewicht:			
Gesetzliche Betreuung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Vorsorgevollmacht <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Name / Telefonnr. Betreuer bzw. bevollmächtigte Person:			
Aktuelle Diagnosen, Eingriffe und zur Beatmung führende Grunderkrankung(en):			
Beatmung seit:		ggf. Datum der Tracheotomie:	
Beatmungszugang:		<input type="checkbox"/> plastisch / <input type="checkbox"/> dilatativ	
Beatmungsform:		Spontanatmung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
FiO ₂ :	IPAP:	PEEP:	wenn ja: h/Tag
BGA Spontanatmung:	pH , pO ₂ mmHg,	pCO ₂ mmHg,	FiO ₂
BGA unter Beatmung:	pH , pO ₂ mmHg,	pCO ₂ mmHg,	FiO ₂
Letzte Laborparameter:		Aktuelle Erregernachweise (Abstriche maximal 72h alt):	
CRP: mg/l		MRSA <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	MRGN/VRE <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hb: g/dl		SarsCoV2 (PCR) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Krea: mg/dl		sonstige:	
Laufende Katecholamintherapie: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Liegende Zugänge und Katheter:	
Laufende Nierenersatztherapie: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> Arterie	
Laufende Antibiotikatherapie: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ZVK	
Vigilanz: <input type="checkbox"/> sediert <input type="checkbox"/> wach <input type="checkbox"/> Delir		<input type="checkbox"/> Shaldon	
Schluckstörung : <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> Endotrachealtubus <input type="checkbox"/> Trachealkanüle	
Dekubitalulcera: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> PEG-Sonde <input type="checkbox"/> transnasale Magensonde	
Bariatrische Probleme: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> transurethraler DK <input type="checkbox"/> suprapubischer DK	
Datum:		Unterschrift anmeldender Arzt:	