



Anmeldung Weaning Zentrum

Formular

Aufnahme



<p>Patienten-Etikett</p>	<p>Cura Krankenhaus eine Betriebsstätte der GFO Kliniken Bonn -Abteilung für Anästhesie, Interdisziplinäre Intensivmedizin, Schmerz-/ Palliativmedizin Zentrum für Schmerzmedizin-</p> <p>Schülgenstraße 15 53604 Bad Honnef Tel.: 02224/ 772-1191 Fax: 02224/772-1257</p>
--------------------------	--

Angaben zum Patienten, Zusendung bitte ausgefüllt vor Verlegung per Fax!

Alter: _____	Betreuung eingerichtet: <input type="checkbox"/> ja/ <input type="checkbox"/> nein
Körpergröße: _____	Kontaktperson: _____
Körpergewicht: _____	Patientenverfügung: <input type="checkbox"/> ja/ <input type="checkbox"/> nein

Anamnese/ Diagnose/ zur Beatmung führende Erkrankung:

Neurologie/ Vigilanz: _____

Allergien: _____

Beatmung seit: _____._____._____ Intub./ Tracheot.(chir./dil.): CH:_____ seit: _____._____._____

Beatmungsmodus: _____ Spontanatmung: ja/ nein Dauer: _____h

PaO2: _____ mmHg PaCO2: _____ mmHg Extubations-Dekanülierungsversuche: ja/ nein

FiO2. _____ mmHg Beatm. Probleme: _____

Arterieller-Katheter: Lage: _____ seit: _____._____._____ Katecholamine: ja/ nein

Venöser-Katheter: Lage: _____ seit: _____._____._____

Dauerkatheter/ SPK: Lage: _____ seit: _____._____._____

Ernährungssonde: MS: ja/ nein PEG ja/ nein seit: _____._____._____

Aktuelle Ernährung: _____ Schluckstörung: ja/ nein

Sonstige Drainagen: _____ Dialysepflicht: ja/ nein

Hautschädigung/ Dekubiti: ja/ nein Lokalisation: _____

Mobilisierung: _____

Wundversorgung: _____

Pflegerelevante Diagnosen _____

Multiresistente Erreger/ Keine: _____

Aktuelle Antibiose: _____

Antrag auf Reha gestellt: ja/ nein Datum der Antragstellung: _____._____._____

Pflegegrad: _____ Name der Einrichtung/ Tel.: _____

Datum	Krankenhaus	Tel.Nr.	Unterschrift
-------	-------------	---------	--------------