



Kaiserswerther  
Diakonie

Von hier aus helfen.



**Florence-Nightingale-Krankenhaus**  
**Klinik für Pneumologie, Kardiologie und**  
**Internistische Intensiv-medicin**


CA: Prof. Dr. Krüger: 0211-409-3441

OA: Dr. Kurt: 0211-409-3408

OA Int.: Dr. Barwing: 0173-9654017

AT: Frau Künkel Tel.: 0172-2993300

Mail: pneumologie@kaiserswerther-diakonie.de

**DKG**  **Zertifiziertes**  
KREBSGESELLSCHAFT **Lungenkrebszentrum**

Patienten-Etikett
-------------------

## Anmeldebogen für die Weaningstation und Intensivstation

**Per FAX bitte an 0211-409-2055**

Anfragendes Krankenhaus	
Name der Klinik:	Station:
Ansprechpartner	Name:
	Telefonnummer:
	E-Mail:

Daten zum Patienten							
Diagnosen	1.						
	2.						
	3.						
	4.						
	5.						
Therapien	1.						
	2.						
	3.						
Übernahme möglich ab	Datum:						
Anthropometrische Daten des Patienten	Größe:						
	Gewicht:						
Beatmung seit Datum:	Modus:	Pin:	PEEP:	AF:	I:E:	Tinsp.:	FiO2/I:

Aktuell BGA	pO <sub>2</sub> : mmHg	pCO <sub>2</sub> : mmHg	pH :		
Beatmungszugang	<input type="checkbox"/> NIV	<input type="checkbox"/> Tubus (ID: )	<input type="checkbox"/> Stoma perk. (ID: )	<input type="checkbox"/> Stoma chir. (ID: )	
Spontanatmung	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> CPAP/ASB	
	seit (Datum):				
Vasale Zugänge	<input type="checkbox"/> ZVK	<input type="checkbox"/> Arterie	<input type="checkbox"/> Shaldon	<input type="checkbox"/> Venös	<input type="checkbox"/> Arteriell
Antibiose	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja			
	Welche?:				
Vigilanz	<input type="checkbox"/> Delir		<input type="checkbox"/> RASS		
Sedierung	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja			
	Welche?:				
	Dosis:				
Katecholamine	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja			
	Welche?:				
	Dosis:				
Dialyse	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja			
	Welche?:				
	Intervall:				
Multiresistente Erreger	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja			
	Welche?:				
	Lokalisation:				
Drainagen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja			
	Welche?:				
Decubitus	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja			
	Welche?:				
Anmerkungen, Besonderheiten					
Versorgung vor Krankenhaus-Aufnahme	<input type="checkbox"/> Selbständig	<input type="checkbox"/> Pflegedienst	<input type="checkbox"/> Angehörige	<input type="checkbox"/> Pflege- einrichtung	