

## Anmeldung zur Beatmungsentwöhnung

Patientenetikett

Krankenhausstempel

Ansprechpartner: \_\_\_\_\_ Telefon/Fax: \_\_\_\_\_/- \_\_\_\_\_

**Führende Diagnose/Grunderkrankung:**

---

---

**Weitere Diagnosen:**

KHK/EF(%) \_\_\_\_\_  akute Niereninsuffizienz  Adipositas/BMI: \_\_\_\_\_

COPD  chronische Niereninsuffizienz  Dialysepflicht

Diabetes mellitus  Abusus: \_\_\_\_\_  sonstiges: \_\_\_\_\_

---

**Aktuelle respiratorische Situation:**

Beatmungsmodus: \_\_\_\_\_ Beatmet seit (gem. DKR): \_\_\_\_\_

Intubiert seit: \_\_\_\_\_ Tracheotomiert seit: \_\_\_\_\_  dilatativ  chirurgisch

Beatmungsparameter:  $F_iO_2$ : \_\_\_\_\_ PEEP: \_\_\_\_\_  $P_{insp}$ : \_\_\_\_\_

$P_{supp}$ (ASB/PPS,...): \_\_\_\_\_ AF: \_\_\_\_\_ Tidalvolumen: \_\_\_\_\_

**Aktuelle BGA:** pH: \_\_\_\_\_  $pCO_2$ : \_\_\_\_\_  $pO_2$ : \_\_\_\_\_ BE: \_\_\_\_\_  $HCO_3$ : \_\_\_\_\_

**Aktuelle Medikation:**

Katecholamine \_\_\_\_\_  Analgosedierung: \_\_\_\_\_

Antiinfektiva: \_\_\_\_\_  weitere: \_\_\_\_\_

---

**Angehörige/Bevollmächtigte:** \_\_\_\_\_

**Kontakt:** \_\_\_\_\_

**Bitte übersenden Sie uns bei Verlegung einen Arztbrief, aktuelle Labor-&mikrobiologische Befunde, radiologische Diagnostik sowie Krankenkassenkarte, Betreuungsunterlagen (in Kopie)**