

Übernahmeanfrage

Sehr geehrte/r Kollege/in,
 wir bitten beim Zusenden der
 Übernahmeanfrage, zusätzlich um
 einen aktuellen Arztbrief und um ein
 Labor.
 Vielen Dank.

Tel.: (0 71 30) 15 4211
 Email: weaningzentrum@slk-kliniken.de

(bitte alles in Druckbuchstaben ausfüllen)

Patient (ggf. Aufkleber)

Anmeldende Klinik:		Name:	
Ort:		Vorname:	
Behandelnder Arzt /Ärztin:		Geboren:	
Vorwahl:		Wohnort:	
Telefon:	Fax:		
Betreuung / Angehörige:		Größe:cm und Gewicht:.....kg	
Eilbetreuung beantragen: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Rehabilitation beantragen: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Patientenverfügung / General- und Vorsorgevollmacht vorhanden: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Katecholaminbedarf <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Letzte paO ₂ bei FIO ₂	
Nierenersatzverfahren <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Letzte pCO ₂ unter Beatmung.....	
Zugänge (Datum der Anlage):		Letzte pCO ₂ spontan.....	
<input type="checkbox"/> ZVK <input type="checkbox"/> periphere Vene <input type="checkbox"/> Arterie <input type="checkbox"/> sonstige: _____			
<input type="checkbox"/> Tubus <input type="checkbox"/> TK <input type="checkbox"/> NIV <input type="checkbox"/> Spontan <input type="checkbox"/> NHF <input type="checkbox"/> O ₂ -Brille		<input type="checkbox"/> Chirurgisches Tracheostoma	
Intubation am:.....Tracheostoma am:.....		<input type="checkbox"/> Punktions-Tracheostoma	
Beatmung seit wann, wie		Laufende Antibiose, Antimykotika, Virostatika:	
(Assist.) Spontanatmung Min.: Std.:			
MRSA-Abstrich	Datum:	<input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv
VRE-Abstrich	Datum:	<input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv
MRGN-Abstrich	Datum:	<input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv
SARS-Cov2-Abstrich	Datum:	<input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv
Andere Infekte			
Klinisches Labor Bitte fügen Sie dem Übernahmeantrag ein aktuelles Labor mit Mindestanforderung CRP, Hb und Kreatinin zu			
HKL/Neurologie Normofrequent ? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Hämodynamische Stabilität? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Vigilanz, RASS ____			
Ernährung	<input type="checkbox"/> oral	<input type="checkbox"/> nasogastrale Sonde	<input type="checkbox"/> PEG-Sonde <input type="checkbox"/> parenteral <input type="checkbox"/> Aspirationsgefahr
Ausscheidung	<input type="checkbox"/> Harninkontinenz	<input type="checkbox"/> Transurethraler BVK	<input type="checkbox"/> suprapub. BVK <input type="checkbox"/> Stuhlinkontinenz <input type="checkbox"/> Anus praeter
Dekubitus/Wunden spez. Lagerung			
Wie weit ist der Pat. mobilisiert?	<input type="checkbox"/> Bett <input type="checkbox"/> Bettkante <input type="checkbox"/> Sessel <input type="checkbox"/> Stand <input type="checkbox"/> hoher Gehwagen <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> voll mobil	Ggf. Kommentar:	
Ziel der Verlegung:			
Als Ursache der Beatmung führende Grunderkrankung(en)			
Als Ursache der Beatmung führende aktuelle Diagnose(n)			
Lebensverlängernde Maßnahmen erwünscht: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Rückübernahme nach Weaning-Abschluss möglich? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Datum:		Unterschrift	