

Karl-Hansen-Klinik GmbH

Klinik für Allgemeine Innere Medizin, Infektiologie / Tuberkulose
 Klinik für Lungen- und Bronchialheilkunde, Allergologie, Umweltmedizin
 Zentrum für Intensiv- und Beatmungsmedizin / Weaning-Zentrum (DGP)
 Zentrum für Schlafmedizin (DGSM)

Antoniusstraße 19, 33175 Bad Lippspringe



Fax 05252 / 95 4055

CA Dr. Ernst 0173-3169935

Ltd. OA Dr. Klemens 0173-7549150

FOA Herr Mehring 0173-2029754

Anmeldung Intensiv / Weaning-Zentrum *

Anmeldende Klinik:		Patient/in (ggf. Aufkleber) Name
Zuständiger Arzt/Oberarzt		Vorname
		Geburtsdatum Wohnort
Station	Telefon	Fax
Aufnahme-Wunschtermin		
Gesetzliche Betreuung, Angehörige		

Medizinische Aspekte

Beatmungsgrund:

Grunderkrankung, relevante Diagnosen:

<input type="checkbox"/> COPD	<input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz	<input type="checkbox"/> Schlafapnoe/Hypoventilation
<input type="checkbox"/> Kypho-/Skoliose	<input type="checkbox"/> KHK	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Adipositas	<input type="checkbox"/> Niereninsuffizienz	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Thorax-OP	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> _____

Durchgeführte Therapie/Verlauf:

Intubation am: Re-Intubation am:	Intubationsschwierigkeiten <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Größe Tubus / Trachealkanüle: *
Tracheotomie <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, am _____ <input type="checkbox"/> Dilatationstracheostoma <input type="checkbox"/> chirurgisch angelegtes Tracheostoma	

Aktuelles Beatmungsmuster:

Entwöhnungsversuche begonnen? nein ja, erstmals am _____

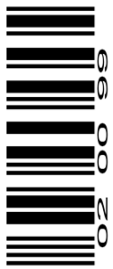
Länge der tgl. Spontanatmungsphasen:

Extubationsversuch erfolgt? nein ja, am _____

Erregerspektrum	MRSA	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
	Pseudomonas, Nonfermenter	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
	Erreger mit ESBL, welche?		
	Pilze, welche?		
	Andere Problemkeime, welche?		

Antibiotische Vorbehandlung mit:
seit:

(KHK) F-1110-01 (Stand 11/2017)



* = nicht Zutreffendes bitte streichen

Herz-/Kreislauf-Funktion: Reanimation <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am _____			
Katecholamine <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
Dialyse notwendig <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> evtl. drohend			
Aktuelles Labor: CRP mg/dl; Hb g/dl; Leuko / μ l; Kreat. mg/dl; Harnstoff mg/dl BNP pmol/l			
Andere hochgradige Abweichungen:			
Letzte BGA unter Beatmung: pO ₂ pCO ₂ pH FiO ₂			
ggf. BGA unter Spontanatmung: pO ₂ pCO ₂ pH bei __ O ₂ /min.			
Sonden, Zugänge: ZVK <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Jugularis/Subclavia * Arterieller Zugang <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja PEG, PEJ* <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Transurethraler / suprapubischer Katheter* <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Andere:			
	Nein	Ja	Ggf. nähere Erläuterung
Wach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Orientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Agitiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Neurologische Störungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dekubitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wo? Ausmaß?
Wie weit ist Pat. mobilisiert?			
Größe, Gewicht (ggf. geschätzt)			
Ernährung <input type="checkbox"/> oral <input type="checkbox"/> über Magensonde <input type="checkbox"/> über PEG <input type="checkbox"/> über ZVK			
Sonstiges			

Datum _____

Unterschrift _____

