

## Anmeldung von Weaningpatienten

Tel.: 05341/835-3510

Fax: 05341/835-1845

[k YU\]b\[ "gUn \]HM4\ Y\]cg\[ Yg bX\ Y\]HX](#)

### Patientendaten

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Größe:           cm           Gewicht:           kg

Straße/ Haus-Nr:

PLZ/ Wohnort:

Versicherung:

Patientenverfügung:           Ja           Nein

### Angehörig(e)

### Vorsorgebevollmächtigte(r)

### Gesetzlicher Betreuer(in)

Name:

Vorname:

Telefonnummer 1:

Telefonnummer 2:

### Anmeldende Einrichtung

Datum der Anmeldung:

Gewünschtes Übernahmedatum:

Name der Einrichtung:

Station:

Straße/ Haus-Nr:

PLZ/ Ort:

Name des Ansprechpartners:

Telefon:

### Standardinformationen

Grund für die Beatmung:

Andere Vor-/ Grunderkrankungen:

Beatmet seit:

Beatmungsmodus:

Tracheostoma

Tubus

NIV-Maske

Spontanatemversuch:           Nein

Ja, Anzahl:

Spontanatmung:           h/d

Ziel:           komplette Entwöhnung

Heimbeatmungseinstellung

Aktuelle FiO<sub>2</sub>:

Sauerstoffsättigung:           %

paO<sub>2</sub>:           mmHg

pH:

paCO<sub>2</sub> unter Beatmung:           mmHg

paCO<sub>2</sub> spontan:           mmHg

Bearbeiter/-in	Freigeber/-in	Version	Wiedervorlage	Seite
Stolze, Ramona	Dr. med. Casu, Sebastian	001/07.2017	12.07.2019	Seite 1 von 2

