

**Patientenanmeldung Weaningzentrum Helios Hansekllinikum Stralsund**

Anmeldedatum:

Tel. 03831/35-2581 oder (2931), Fax 35-1766

**Patientendaten:**

Name, Vorname des Patienten			
Geburtsdatum		Geschlecht	
Wohnort			
Angehörige			
Betreuung			

**Zuweiser:**

Verlegende Klinik		Ansprechpartner	
Adresse		Telefon/Fax	

**Basisdaten:**

Größe		Gewicht	
Versorgung vor Klinikaufenthalt			
Frühere Beatmung			

**Aktueller stationärer Verlauf/Weaningverlauf:**

Aufnahme am:		Woher:	
Zur Beatmung führende Erkrankung			
Bisherige Therapie			
Beatmung seit		NIV, ggf. Dauer	
Spontanatmung seit/Dauer/Art			
Extubationsversagen?			
Tracheotomie (dil./chir.) am			
Katecholamine	J / N	Dialyse	J / N

**Beatmungsparameter:**

Modus		FiO2		Pinsp		PEEP	
Aktuelle BGA:							

**Weitere relevante Diagnosen:**

--

**Zugänge:**

Arterie	ZVK	Shaldon	Demers	Transurethraler DK
Suprapubischer DK	MS	PEG	Flexüle	sonstige

<b>Keime</b>		<b>Psyche/Vigilanz:</b>	
MRSA		<b>Mobilität:</b>	
ESBL		<b>Decubiti:</b>	
VRE		<b>Sonstiges:</b>	

Laborauffälligkeiten:

--

