

---

## Anmeldung WEANING-ZENTRUM

### *Patientenaufkleber*

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Geschlecht:

Adresse/Wohnort:

Krankenkasse:

Gewicht            kg  
Größe              cmStationär seit  
Verlegung möglich ab**Zuweiser Klinik****Ansprechpartner****Rückrufnummer****Gesetzliche Betreuung/Vollmacht**ja            nicht            beantragt  
                 indiziertBetreuer/Angehörige**Aktuelle Diagnosen****Vorerkrankungen**

**ECOG Performance Status vor der akuten Erkrankung:**

- 0: Normale Leistungsfähigkeit
- 1: Ambulante Betreuung, leichte Arbeit möglich
- 2: Weniger als 50% am Tag bettlägerig
- 3: Mehr als 50% am Tag bettlägerig; begrenzte Selbstversorgung noch möglich
- 4: Ständig bettlägerig

**Neurologischer Befund**

- wach    orientiert    Aphasie    Neglect    Antriebsmangel    Depression    Gedächtnisstörung
- Delir    desorientiert    somnolent    soporös    komatös    RASS
- (analgo-)sediert:

**Atemweg**    Tracheostoma    Tubus

**Beatmung**

FiO <sub>2</sub>	l/min bzw. %	P <sub>insp</sub>	cmH <sub>2</sub> O	pH		
<input type="checkbox"/> kontrolliert	Std./Tag	PEEP	cmH <sub>2</sub> O	PaO <sub>2</sub>		mmHg
<input type="checkbox"/> spontan	Std./Tag	AMV	l/min	PaCO <sub>2</sub>		mmHg
<input type="checkbox"/> feuchte Nase	Std./Tag	AF/min.	/min	HCO <sub>3</sub> <sup>-</sup>		mmol/l
<input type="checkbox"/> Sprechventil	Std./Tag	I:E		BE		mmol/l

**Hämodynamik**    stabil    instabil    Katecholamine

**Gefäßzugänge**    Arterie    ZVK    Shaldon    Demers

**Niere**    nicht dialysepflichtig   **Dialyse**    kontinuierlich    intermittierend   Diurese: Ø   ml/h

**Ernährung**    oral    parenteral    Magensonde    PEG/PEJ

**Laborparameter**

Quick	%	Hb	g/dl	CRP	mg/dl	Kreatinin	mg/dl
aPTT	sec	Leukozyten	/nl	Procalcitonin	ng/ml	Harnstoff	mg/dl

**MRE / Infektstatus** vom Datum

- keine MRE    MRSA    VRE    ESBL    3MRGN    4MRGN    sonstige
- Infektionskrankheiten (Hepatitis, HIV, Tbc, etc.):

**COVID-19**    PCR positiv    PCR negativ Datum letzter Test

**Besonderheiten**

- Drainagen (Anzahl, Lage):    Nein    Ja:
- Offene Wunden/Dekubitus:    Nein    Ja:
- Fixateure/spezielle Lagerungen:    Nein    Ja:

Klinikstempel (entfällt bei Anmeldung per Mail)

Unterschrift (entfällt bei Anmeldung per Mail)