

Anmeldung zum Weaning eines invasiv beatmeten Patienten

→ Bitte per Fax an: 0551 5034-2445

Anmeldende Klinik:			Patient:			
Ort:			Name:			
Behandelnder Arzt/Ärztin:			Vorname:			
Vorwahl:	Telefon:	Fax:	Geboren:			
Betreuung:			Wohnort:			
			Gewicht ca.:	kg	Größe ca.:	cm

Sedierung/ Analgetika:	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> bei Unruhe	<input type="checkbox"/> Benzodiazepine	ggf. nähere Informationen:	
	<input type="checkbox"/> mehrfach tgl. <input type="checkbox"/> regelmäßig <input type="checkbox"/> tags <input type="checkbox"/> nachts <input type="checkbox"/> durchgehend	<input type="checkbox"/> bei Schmerzen <input type="checkbox"/> bei Dyspnoe	<input type="checkbox"/> Morphine <input type="checkbox"/> Hypnotika <input type="checkbox"/> Neuroleptika <input type="checkbox"/> Clonidin		
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 preter
Dialyse:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein			
Dekubitus/spezielle Lagerung:					
Wie weit ist der Pat. mobilisiert?	<input type="checkbox"/> Bett	<input type="checkbox"/> Bettkante	<input type="checkbox"/> Sessel	<input type="checkbox"/> Stand	ggf. Kommentar: <input type="checkbox"/> hoher Gehwagen
			<input type="checkbox"/> Rollator	<input type="checkbox"/> voll mobil	

sonstige Bemerkungen, spezielle Therapieformen:

.....
Detum

.....
Unterschrift

qaf. Stempel