

**Fragebogen zur Übernahme von Patienten in die Weaning-Einheit der Medizinischen Klinik I**

Patientenetikett

**Medizinische Klinik I**  
**Allgemeine Innere Medizin / Nephrologie**  
**Gastroenterologie / Pneumologie**  
**Direktor: Univ.-Prof. Dr. med. Timm H. Westhoff**

Zertifiziert als  
 Hypertonie-Zentrum (DHL)  
 Diabeteszentrum (DDG)  
 Universitäre Nephrologische  
 Schwerpunktambulanz (DGfN)

Akkreditiert als  
 Schlafmedizinisches Zentrum (DGSM)

**Patientendaten**

Alter (Jahre): \_\_\_\_\_ Größe (cm): \_\_\_\_\_ Gewicht (kg): \_\_\_\_\_

**Hauptdiagnose (Grund der Beatmungspflicht):** \_\_\_\_\_

**Nebendiagnosen:** \_\_\_\_\_

**Beatmung**

Beginn der Beatmung: \_\_\_\_\_

Invasiv:

Trachealtubus Größe: \_\_\_\_\_ Ch.

Chirurgische Tracheotomie Größe: \_\_\_\_\_ Ch.

Punktionstracheotomie Größe: \_\_\_\_\_ Ch.

Spontanatmungsphasen: \_\_\_\_\_ h/Tag

Nicht-invasiv

**Zugänge**

	Lokalisation				Tage
Arterie:	<input type="checkbox"/> re.	<input type="checkbox"/> li.	<input type="checkbox"/> rad.	<input type="checkbox"/> fem.	_____
ZVK:	<input type="checkbox"/> re.	<input type="checkbox"/> li.	<input type="checkbox"/> jugul.	<input type="checkbox"/> Subclavia	_____
Viggo:	<input type="checkbox"/> re.	<input type="checkbox"/> li.			_____
DK:	<input type="checkbox"/> suprapubische Blasenfistel				_____
Magensonde:	<input type="checkbox"/> PEG	<input type="checkbox"/> PEJ			_____

**Ernährung**

enteral  parenteral

**Letzte Blutgaswerte**

pCO2 \_\_\_\_\_ spontan \_\_\_\_\_ unter Beatmung \_\_\_\_\_  
pO2 \_\_\_\_\_ bei FIO2 \_\_\_\_\_ bzw. l/min \_\_\_\_\_  
pH \_\_\_\_\_

**Letzte Laborwerte**

CRP \_\_\_\_\_ mg/dl Hämoglobin \_\_\_\_\_ g/dl Kreatinin \_\_\_\_\_ mg/dl

**Medikation**

Analgosedierung: \_\_\_\_\_

Katecholamine: \_\_\_\_\_

Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Infektiologie**

Keimnachweis:  ja  nein Keim: \_\_\_\_\_

MRSA:  ja  nein  nicht bekannt

Pseudomonas:  ja  nein  nicht bekannt

3-MRGN / 4-MRGN:  ja  nein  nicht bekannt

Dialyse / Haemofiltration:  ja  nein

Vigilanz (z. B. RASS, Ramsey-score): \_\_\_\_\_

**Dekubitus**

Lokalisation \_\_\_\_\_ Grad \_\_\_\_\_

Lokalisation \_\_\_\_\_ Grad \_\_\_\_\_

Lokalisation \_\_\_\_\_ Grad \_\_\_\_\_

Lokalisation \_\_\_\_\_ Grad \_\_\_\_\_

Lokalisation \_\_\_\_\_ Grad \_\_\_\_\_

**Sonstiges** \_\_\_\_\_

**Überweisende Klinik**

Name der Klinik: \_\_\_\_\_

Ansprechpartner/in: \_\_\_\_\_

Fon: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

**Bitte ausgefüllt zurück an Fax 0 23 23 - 499 - 33 02 senden.**