

# Anmeldebogen Weaning-Patienten

Aufzeichnungsvorlage



## Anmeldung Weaning Fax: 0491 86-1609

Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin  
Chefarzt: Prof. Dr. Peter Tonner  
Augustenstraße 35-37  
26789 Leer

Tel.: 0491 86-1600  
Fax: 0491 86-1609  
E-Mail: anaesthetie@klinikum-leer.de

### Verlegendes Krankenhaus

Krankenhaus: \_\_\_\_\_

Station: \_\_\_\_\_

Arzt: \_\_\_\_\_

Telefon Arzt: \_\_\_\_\_

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

### Patientendaten

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Kostenträger: \_\_\_\_\_

Patientenverfügung

Vorsorgevollmacht

### Betreuung: (bis wann und wer?)

### Name, Vorname / Telefonnummer der Angehörigen:

# Anmeldebogen Weaning-Patienten

## Aufzeichnungsvorlage



Name, Vorname, Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

### Versorgungsstatus vor KH-Aufnahme:

Selbstständig       Angehörige       Pflegedienst       Pflegeeinrichtung

Pflegegrad: \_\_\_\_\_

### Medizinische Daten

Gewicht: \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_

### Diagnosen: (H-Hauptdiagnose; N-Nebendiagnose)

### Grund der Verlegung:

### Therapie / Verlauf:

# Anmeldebogen Weaning-Patienten

## Aufzeichnungsvorlage



Name, Vorname, Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

### Neurologie / Psyche:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> voll orientiert         | <input type="checkbox"/> Apoplex          |
| <input type="checkbox"/> teilweise orientiert    | <input type="checkbox"/> Depression       |
| <input type="checkbox"/> nicht orientiert        | <input type="checkbox"/> PNP / CIP        |
| <input type="checkbox"/> delirant                | <input type="checkbox"/> Schluckstörung   |
| <input type="checkbox"/> Komatös                 | <input type="checkbox"/> Demenz           |
| <input type="checkbox"/> compliant               | <input type="checkbox"/> Epilepsie        |
| <input type="checkbox"/> in compliant            | <input type="checkbox"/> M. Parkinson     |
| <input type="checkbox"/> Stimmbandparese         | <input type="checkbox"/> Zwerchfellparese |
| <input type="checkbox"/> Hypoxischer Hirnschaden |   |
| <input type="checkbox"/> Alkoholabusus           |   |

Sonstiges / Kommentar:

RASS: \_\_\_\_\_

### Sedierung / Analgetika:

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> selten         | <input type="checkbox"/> bei Unruhe    | <input type="checkbox"/> Benzodiazepine   |
| <input type="checkbox"/> mehrfach tägl. | <input type="checkbox"/> bei Schmerzen | <input type="checkbox"/> Morphine         |
| <input type="checkbox"/> regelmäßig     | <input type="checkbox"/> bei Dyspnoe   | <input type="checkbox"/> Hypnotika        |
| <input type="checkbox"/> tags           |  | <input type="checkbox"/> Neuroleptika     |
| <input type="checkbox"/> nachts         |  | <input type="checkbox"/> Clonidin         |
| <input type="checkbox"/> durchgehend    |  | <input type="checkbox"/> sonstiges: _____ |

### Beatmung:

- Tubus       punkt. TK       chir. TK       NIV       Highflow

Intubation am: \_\_\_\_\_

Tracheostoma am: \_\_\_\_\_

Dauer der Spontanatmung: \_\_\_\_\_

### Aktuelle BGA:

FiO<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_      pO<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_      pCO<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_

pH: \_\_\_\_\_      BE: \_\_\_\_\_      HCO<sub>3</sub><sup>-</sup>: \_\_\_\_\_

Wie oft wird abgesaugt?      Ca. \_\_\_\_\_ x pro Tag

Sekret eitrig?       Ja       Nein

# Anmeldebogen Weaning-Patienten

## Aufzeichnungsvorlage



Name, Vorname, Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

### Ernährung:

- oral                       PEG-Sonde                       PEJ-Sonde  
 parenteral                       nasogastrale Sonde                       Aspirationsgefahr

### Ausscheidung:

- Harninkontinenz                       transurethraler BVK                       suprapubischer BVK  
 Stuhlinkontinenz                       Anus praeter                       Flexiseal

### Nierenersatzverfahren:

- nein  
 kontinuierlich  
 intermittierend, Dialysetage: \_\_\_\_\_

### Kreislauf:

RR: \_\_\_\_\_ HF: \_\_\_\_\_ AF: \_\_\_\_\_ SpO2: \_\_\_\_\_

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

### Zugänge mit Anlagedatum:

ZVK \_\_\_\_\_                       Arterie \_\_\_\_\_                       Shaldon \_\_\_\_\_

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

### Dekubitus, Wunden:

# Anmeldebogen Weaning-Patienten



## Aufzeichnungsvorlage

Name, Vorname, Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

### Keimstatus?

(Nase-/Rachenabstrich auf MRSA und Covid, Urinkultur, Trachealsekret, Abstriche von ggf. Tracheostoma, ZVK, PEG, Diarrhoe Stuhlprobe, multiresistente Keime)

Isolation:       Ja                       Nein

### Spezielle Lagerung notwendig:

nein               ja, welche? \_\_\_\_\_

### Wie weit wird der Patient mobilisiert?

- |   |                                    |
|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bett               | <input type="checkbox"/> Bettkante |
| <input type="checkbox"/> Mobistuhl / Sessel | <input type="checkbox"/> Stand     |
| <input type="checkbox"/> Hoher Gehwagen     | <input type="checkbox"/> Rollator  |
| <input type="checkbox"/> voll mobil         |                                    |

### Sonstiges:

Bitte das aktuelle Labor anbei faxen, danke.