

- Bitte Bogen ausfüllen und faxen: **Fax 08731 88 585** - wir rufen Sie zurück.
- Bei Fragen können Sie uns gerne anrufen - Tel: 08731 88 102

Datum:						
Verlegende Klinik:						
Zuständiger Arzt:						
Telefonnummer:						
Patientendaten (ggf. Patientenaufkleber)						
Name:						
Alter:						
Geschlecht:						
Ansprechpartner:	Betreuung: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wer:					
Diagnose:						
Nebendiagnosen:						
Beatmung:	Datum Beginn:					
Beatmungszugang:	<input type="checkbox"/> NIV <input type="checkbox"/> Tubus, Intub. am: <input type="checkbox"/> Trachealkanüle, seit:					
Beatmungsmodus:						
FiO ₂ :						
Spontanatmung:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Dauer Spontanatmungsversuch:					
Art. BGA:	Datum:	FiO ₂ :	pH:	pO ₂ :	pCO ₂ :	Hb:
Vigilanz-Status:						
Sedierung:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Substanz/ Dosis:					
Neurolog. Einschr.:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche:					
RR/Puls:						
Katecholamine:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Substanz/ Dosis:					
Nierenfunktion:	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> eingeschränkt <input type="checkbox"/> Indikation Dialyse <input type="checkbox"/> Krea.:					
Größe/ Gewicht:						
Hautzustand:						
Keimstatus (Infektionen / Kolonisation / Abstriche / Resistente Keime)						
Keim/ Lokalisation/ Behandlung:						
Zugänge:	<input type="checkbox"/> Arterie <input type="checkbox"/> ZVK <input type="checkbox"/> Magensonde <input type="checkbox"/> PEG					
Sonstiges:						