



Datum:

Übernahmeanfrage

Patientendaten

Name, Vorname:

Geb. Datum:

Größe: cm

Gewicht: kg

Adresse:

Krankenversicherung:

Derzeitiger Aufenthaltsort

Krankenhaus:

Telefon:

Station:

Telefon:

Intensiv

Intermediate Care

Allgemeinstation

Ärztl. Ansprechpartner:

Auf Ihrer Station seit:

In stationärer Behandlung seit:

Aktuelle Vigilanz

RASS

Ramsay

am Tag

in der Nacht

Problemkeime

MRSA:

positiv

negativ

Abstrich-Datum:

Abstrich-Ort:

VRE:

positiv

negativ

Abstrich-Datum:

Abstrich-Ort:

ESBL:

positiv

negativ

Abstrich-Datum:

Abstrich-Ort:

Clostridium diff.:

positiv

negativ

(nur bei Diarrhoe zu bestimmen)

Abstrich-Datum:

Diarrhoe seit:

Tagen

Zur Übernahme müssen aktuelle Abstriche vorliegen!

Anamnese

Beatmet seit: invasiv nichtinvasiv

Anzahl Extubationsversuche:

Aufnahmediagnose in Ihr Krankenhaus:

Zur Beatmung führende aktuelle Diagnose:

Zur Langzeitbeatmung führende Grunderkrankung:

Sonstige Diagnosen / Nebendiagnosen:

KHK	chron. Niereninsuffizienz	Dialysepflicht
Diabetes mellitus	Z.n. Apoplexie	Alkohol abus
COPD	Adipositas per magna	Dekubitus
Weitere:		

Aktuelle respiratorische Situation

Überwiegend verwendete Beatmungsform: ca. h/d

Einstellung: $F_{i}O_2$: PEEP: Pinsp: AF:

paO_2 : mmHg $paCO_2$: mmHg pH:

 BE: mmol/L Bicarbonat: mmol/L

Spontanatmung mit Liter O_2 /Minute ca. h/d

paO_2 : mmHg $paCO_2$: mmHg pH:

 BE: mmol/l Bicarbonat: mmol/l

Labor

Natrium: Kalium: Harnstoff:

Kreatinin: Hämoglobin: Leukozyten:

Thrombozyten: CRP: PCT:

Quick: INR: PTT:

Bilirubin: GOT/AST: GPT/ALT:

Aktuelle Medikation

Adrenalin	µg/h	Noradrenalin	µg/h
Dobutamin	mg/h	S-Ketamin	mg/h
Fentanyl	µg/h	Sufentanil	µg/h
Remifentanil	µg/h	Midazolam	mg/h
Propofol	mg/h	Clonidin	µg/h
Ernährung:	enteral	parenteral	

Aktuelle Antibiose und außergewöhnliche Medikamente:

Ausstattung

Tracheostoma	plast.	dilat.	seit:
Tubus	ZVK	Arterie	
PEG	Dauerkatheter	Cystofix	

Mobilität / Selbstständigkeit

Muss gelagert werden		Bewegt sich selbst im Bett	
Mobilisation in den Stuhl	h/d	mit Hilfe von	Pflegenden
Körperpflege:	selbstständig	mit Hilfe	unselbstständig
Nahrungsaufnahme:	selbstständig	mit Hilfe	unselbstständig

Übernahmedringlichkeit aus Ihrer Sicht:

niedrig (>10d)	mittel (7-10d)	hoch (2-3d)
----------------	----------------	-------------

Falls Sie die Anfrage nicht digital übermitteln können, senden Sie sie bitte per Fax an die Nummer 06221/396-3142.