

## Anmeldebogen Beatmungsstation / Intensivstation

Koordination:  
Tel: 0800 - 58 94 028 | Fax: 0 71 61 / 64 - 1821

Verlegende Klinik	
Klinik	
Anschrift	
Ansprechpartner	
Telefon	
Fax	
E-mail	

Patient		
Name		
Vorname		
Geb.-Datum		
Anschrift		
Angehörige		
Betreuung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Diagnosen	
1.	
2.	
3.	
4.	

Therapien (Operationen etc.)		

Patientendaten		
Größe		
Gewicht		
Sonstiges		
Dekubitus	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Lokalisation		
Schluckstörung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Dialyse	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
CVVH	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Bewusstseinslage		
Wach	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Kooperativ	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sediert	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Mobilität		
	<input type="checkbox"/> Bettlägrig	<input type="checkbox"/> Bettkante
	<input type="checkbox"/> Stuhl	<input type="checkbox"/> Mobil

Bisheriger Verlauf		
Aufnahme	Datum	
Intubation	Datum	
Tracheotomie	Datum	
Art der Beatmung		
Spontanatmung	Seit	
	Dauer h/Tag	
NIV	Seit	

Mikrobiologie		
MRSA	<input type="checkbox"/> positiv	<input type="checkbox"/> negativ
MRSA-Status bitte immer erheben		
ESBL	<input type="checkbox"/> Ja	
MRSE	<input type="checkbox"/> Ja	
Sonstige	<input type="checkbox"/> Ja, welche	

Zugänge		
Arterie	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Zentraler Venenkatheter	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Magensonde	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
PEG	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Bemerkungen
-------------