

Anmeldung Weaning

MediClin Klinikum Soltau
Klinik für Neurologie und neurologische Frührehabilitation
Oeninger Weg 59, 29614 Soltau

FAX (05191) 800 295

oder Tel. **(05191) 800 631** OA Weaning

Und (05191) 800 780

(05191) 800 776 Patientenaufnahme

(05191) 800 151 Neurologisches Sekretariat

Patientendaten (ggfs. Aufkleber)

Name _____

Vorname _____

Geb.Datum _____

Rückruf erbeten Tel-Nr _____

Anmeldende Klinik (Name, Station, Tel-Nr. Stempel)

Diagnosen (vorzugsweise Kurzarztbrief, bitte incl. wesentlicher Begleiterkrankungen)

Beatmung

ja seit wann? _____

intubiert? tracheotomiert?

TK plastisch? TK dilatativ?

Beatmungszeiten

dauernd intermittierend

Beatmungsmodus
(CPAP, BiPAP, NIV etc.) _____

Weaning seit _____

Weaninghindernisse?

Pneumonie COPD

restrikt. Störung andere _____

Dysphagie? ja **Delir?** ja

Vigilanz - / + / ++ / +++ **Kooperation** - / ± / +

Medikation

Katecholamine Analgosedierung

Besondere Medikation
(z.B. monoklonale AK, Antibiosen) _____

Besonderheiten in der Versorgung

offene Wunde Dekubitus

nasale Magensonde PEG

Dialyse (falls regelmäßige Dialyse erforderlich, bitte letztes Dialyseprotokoll beifügen!)

transfusionspfl. Anämie Hb _____ _____ EKs

Fixierung erforderlich suprapub. DK

regelm. CT-Kontrollen

ausgeprägte Adipositas BMI _____
(Gewicht > 130 kg)

Multiresistente Erreger/bes. Infektion

vorhanden, Ort der Besiedlung _____

MRSA VRE

3MRGN 4MRGN Clostridien

Hepatitis B/C HIV

sonstiges

geplanter Verlegungstag
(möglichst incl. Uhrzeit) _____

Ort, Datum

Unterschrift