

# 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