

**Kontakt Anmeldung**

 +49 (0) 911 398-119609  +49 (0) 911 398-7986  weaning@klinikum-nuernberg.de

**Patientendaten**

Name: ..... Vorname: .....  
Straße: ..... Postleitzahl: .....  
Ort: ..... Geburtsdatum: .....  
Gesetzliche Betreuung: ..... Telefon: .....  
Patientenverfügung vorhanden:  Ja  Nein  
Vorsorgevollmacht:  Ja  Nein

**Angehörige:**

Name: ..... Vorname: .....  
Telefon: .....  
Krankenkasse: ..... Pflegegrad: .....  
Verlegende Einrichtung: .....  
Straße: ..... Postleitzahl: .....  
Ort: ..... Ansprechpartner: .....  
Telefon: ..... Fax: .....  
E-Mail: .....  
Name des medizinischen Providers: .....  
Ansprechpartner: ..... Telefon: .....  
Fax: ..... E-Mail: .....

**Versorgungsstatus vor KH-Aufnahme**

alleinlebend, Pflegedienst  Beatmungs-WG  Mit Angehörigen, selbstständig  Mit Angehörigen, pflegebedürftig

**Diagnosen**

.....  
.....  
.....  
.....



**Patientenmanagement**

Datum der Intubation: ..... beamtet seit: .....

Grund der Intubation: .....

.....

Tracheotomie:  PDT am: .....  Chirurgisch am: .....

Kanüle (Bezeichnung/Hersteller): .....

Kanülen ID: ..... letzter Wechsel: .....

Außerklinisch beatmet:  Ja  Nein

SBT/Spontanatmung:  Ja  Nein

Gerätename Beatmungsgerät: .....

Beatmungsmodus: .....

Parameter: Pinsp: ..... PEEP: ..... AF: ..... I: E: ..... O<sub>2</sub> / FiO<sub>2</sub>: .....

Atemgasklimatisierung: Modell: ..... HME Filter:

Gewicht: ..... kg Größe: ..... cm BMI: ..... Logopädie:  Ja  Nein Physiotherapie:  Ja  Nein

**Problemkeime**

MRSA  3MRGN/4MRGN  ESBL  Andere: .....

**Ernährung**

MS  PEG  PEJ  parenteral  oral Stimmbandparese:  Ja  Nein Dysphagie:  Ja  Nein



### Neurologie

Voll orientiert:  Ja  Nein  
 Delir:  Ja  Nein  
 Depressionen:  Ja  Nein  
 Demenz:  Ja  Nein  
 Organ. Hirnschaden:  Ja  Nein  
 Rass: .....

### Mobilität

bettlägerig:   
 Mobilisationsstuhl:   
 Bettkante:   
 gehen:   
 gehen mit Gehhilfe:

### Katheter / Drainagen

Arterie:   
 ZVK:   
 Blasenkatheter:   
 suprapubische Ableitung:   
 Andere Drainagen:   
 .....

### Laborwerte

**BGA:**  
 Spontan Beatmung  
 PH-Wert: ..... PH-Wert: .....  
 paO<sub>2</sub>: ..... paO<sub>2</sub>: .....  
 paCO<sub>2</sub>: ..... paCO<sub>2</sub>: .....  
 CRP: ..... Krea: ..... Hb: .....

### Hautstatus / Dekubitus / Wunden

Lokalisation:  
 .....  
 .....

Dekubitus Grad: ..... Fotodokumentation:  Ja  Nein

Versorgung:  
 .....  
 .....

Ansprechpartner (Druckbuchstaben):  
 .....

Unterschrift:  
 .....