

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: O₂ / FiO₂:

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:
 paO₂: paO₂:
 paCO₂: paCO₂:
 CRP: Krea: Hb:

Hautstatus / Dekubitus / Wunden

Lokalisation:

Dekubitus Grad: Fotodokumentation: Ja Nein

Versorgung:

Ansprechpartner (Druckbuchstaben): Unterschrift: