

Kontakt Anmeldung

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

Patientendaten

Name: Vorname:
Straße: Postleitzahl:
Ort: Geburtsdatum:
Gesetzliche Betreuung: Telefon:
Patientenverfügung vorhanden: Ja Nein
Krankenkasse: Pflegegrad:

Diagnose

.....
.....

Vorstellende Einrichtung

Einrichtung:
Straße: Postleitzahl:
Ort: Ansprechpartner:
Telefon: Fax:
E-Mail:

Patienten-Management

Datum der Intubation: beamtet seit:
Ursache der Intubation:
Tracheotomie: PDT am: Chirurgisch am:
Kanüle (Bezeichnung/Hersteller):
Außerklinisch beatmet: Ja Nein SBT/Spontanatmung: Ja Nein
Gerätename Beatmungsgerät:

Beatmungsmodus: PSV PCV Andere

Parameter: PInsp: PEEP: AF: I: E: O₂/FiO₂:

Atemgasklimatisierung: Modell: HME Filter:

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

Depressiv: Ja Nein

Demenz: Ja Nein

Organ. Hirnschaden: Ja Nein

Mobilität

bettlägerig:

Mobilisationsstuhl:

Bettkante:

gehen:

Rollator:

Bitte bringen Sie zu dem Termin mit:

- alle wichtigen Befunde
- Überweisungsschein
- Krankenkassenkarte
- Benötigte Geräte (Beatmungsgerät, Cough Assist, Absaugungspumpe)

Ansprechpartner:

Datum und Unterschrift:

.....

.....