

**RUHRLAND  
KLINIK**Westdeutsches  
LungenzentrumT. 02 01 4 33 01  
F. 02 01 4 33 4037**Abteilung für Intensivmedizin  
und Respiratorentwöhnung**Chefarzt  
Dr. med. F. Bonin

Ruhrlandklinik gGmbH | Tüschener Weg 40 | 45239 Essen

Intensivmedizin@  
rik.uk-essen.de  
T. 02 01 4 33 4036  
F. 02 01 4 33 4037  
[www.ruhrlandklinik.de](http://www.ruhrlandklinik.de)

## Fragebogen für Entwöhnungspatienten

**Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege!**

Sie bitten um Übernahme Ihres Patienten zur Entwöhnung von der maschinellen Beatmung. Zur Evaluation des Patienten / der Patientin, bitten wir um Beantwortung der nachfolgenden Fragen und Übermittlung des Fragebogens an:

**Fax: 0201 / 433 - 4037 (Sekretariat CA Dr. F. Bonin)**

- 1. Personalien** (Bitte Patientenaufkleber)  
Name, Vorname:  
Geburtsdatum:  
Krankenversicherung:  
Adresse:
- 2. Grunderkrankung/-erkrankungen – Diagnosen / Therapie**
- 3. Was war der Anlass für die maschinelle Beatmung? Seit wann beatmet?**
- 4. Relevante Labordaten** bitte letzten Laborausdruck mitfaxen
- 5. Aktuelle medikamentöse Therapie** bitte aktuelle Verordnungsbogen mitfaxen

6. Ist der Patient aktuell katecholaminpflichtig?  
bitte aktuelle Wirkstoffe und Dosierungen angeben

7. Ist der Patient sediert? Womit? Seit wann?

8. Ist der Patient tracheotomiert? chirurgisch  dilatativ  wann? \_\_\_\_\_

9. Beatmungsgerät und Blutgase?

Modus:	<u>BGA: Beatmet</u>	<u>BGA: Spontan</u>
EPAP (PEEP):	pH:	pH:
IPAP (ASB; P-Support):	pCO <sub>2</sub> :	pCO <sub>2</sub> :
AF:	pO <sub>2</sub> :	pO <sub>2</sub> :
FiO <sub>2</sub> :	FiO <sub>2</sub> :	FiO <sub>2</sub> :

Gab es Intervalle mit Spontanatmung? Wie lang war das möglich?

Ja \_\_\_\_\_ Wie lange? \_\_\_\_\_ Nein \_\_\_\_\_

10. Dialyse oder andere Nierenersatzverfahren zurzeit im Einsatz?

Ja \_\_\_\_\_ Welches Verfahren? \_\_\_\_\_ Nein \_\_\_\_\_

11. Familie Ja \_\_\_\_\_ / Nein \_\_\_\_\_ Betreuer Ja \_\_\_\_\_ / Nein \_\_\_\_\_

Größe : \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_

12. Isolation ja  weshalb? \_\_\_\_\_ Lokalisation: \_\_\_\_\_ nein

Stempel der Klinik / Abteilung:

**Eine Rückübernahme Ihres Patienten muss im Bedarfsfall sichergestellt sein**

\_\_\_\_\_  
Datum                      Unterschrift                      Name in Druckbuchstaben                      Telefon

\_\_\_\_\_  
Fax

**Ihre Telefonnummer für Rückfragen:                      0201 - 433 4570  
oder 0201 - 433 4526**