



Universitätsmedizin Essen
Ruhrlandklinik

**Abteilung für
Intensivmedizin und
Respiratorentwöhnung
Weaning-Zentrum Ruhrlandklinik**

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:

Intensivmedizin
@ruhrlandklinik.uk-essen.de
Ruhrlandklinik.uk-essen.de
T. 02 01 4 33 – 4036
F. 02 01 4 33 – 4037

Fax: 0201 / 433 - 4037

www.ruhrlandklinik.de

1. **Personalien** (Bitte Patientenaufkleber)

Zertifiziert nach
DIN EN ISO 9001:2008

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Krankenversicherung:



Ruhrlandklinik
Westdeutsches Lungenzentrum am
Universitätsklinikum Essen gGmbH
- Universitätsklinik -

2. **Grunderkrankung / Diagnosen / Therapie**

Zuständiges Amtsgericht: Essen
Handelsregister-Nr.:
HRB 21035

3. **Was war der Anlass für die maschinelle Beatmung?**

IK-Kennzeichen:
269713012

Seit wann beatmet?

Geschäftsführer:
Prof. Dr. Kurt Werner Schmid
Dipl.-Volkswirt Thorsten Kaatze
Dr. Daniel Napieralski-Rahn

4. **Relevante Labordaten** (bitte letzten Laborausdruck mitfaxen)

Bankverbindung
Sparkasse Essen
IBAN: DE92 3605 0105 0001 7412 30
SWIFT-BIC: SPESDE3EXXX

5. **Medikamentöse Therapie** (bitte aktuellen Verordnungsbogen mitfaxen)

6. **Ist der Patient aktuell katecholaminpflichtig?** (Wirkstoffe und Dosierungen)

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

8. **Ist der Patient tracheotomiert?** Ja ____ / Nein ____

chirurgisch? ____ dilatativ? ____ wann? _____

9. **Beatmung und Blutgase?**

<u>Modus:</u>	<u>BGA -beatmet</u>	<u>BGA - spontan</u>
EPAP (PEEP):	pH:	pH:
IPAP (ASB / P-Support):	pCO ₂ :	pCO ₂ :
AF:	pO ₂ :	pO ₂ :
FiO ₂ :	FiO ₂ :	FiO ₂ :

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

Nein ____ Ja ____ Wie lange? _____

10. **Dialyse oder andere Nierenersatzverfahren zurzeit im Einsatz?**

Nein ____ Ja ____ Welches Verfahren? _____

11. **Betreuer:** Ja ____ Nein ____ Tel: _____

12. **Größe:** _____ **Gewicht:** _____

13. **MRE / Isolation:** nein ____ ja ____

weshalb? _____ **Lokalisation:** _____

Stempel der Klinik / Abteilung:

Eine Rückübernahme Ihres Patienten muss im Bedarfsfall sichergestellt sein

Datum **Name in Druckbuchstaben** **Unterschrift** **Telefon / Fax**

Ihre Telefonnummer für Rückfragen: ☎ 0201 / 433 - 4570
Weaningkoordinator Herr Nowak