



## 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](http://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 <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?

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