

**Weaning-Zentrum Ruhrlandklinik
Westdeutsches Lungenzentrum**

**Abteilung für
Intensivmedizin und
Respiratorentwöhnung**

Dr. med. C. Antony
Komm. Leitung

E-Mail:
Intensivmedizin@rlk.uk-essen.de

T. 02 01 4 33 40 36
F. 02 01 4 33 40 37

Klinik für Pneumologie

Klinikdirektor
Prof. Dr. med. C. Taube

T. 02 01 4 33 40 01
F. 02 01 4 33 19 62

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

1. Personalien

(Bitte Patientenaufkleber)

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Krankenversicherung:

2. Grunderkrankung/ Diagnosen/ Therapie

3. Was war der Anlass für die maschinelle Beatmung?

Seit wann beatmet?

4. Relevante Labordaten

(bitte den letzten Laborausdruck mit faxen)

5. Medikamentöse Therapie

(bitte den aktuellen Verordnungsbogen mit faxen)

Ruhrlandklinik

Westdeutsches Lungenzentrum am
Universitätsklinikum Essen gGmbH
- Universitätsklinik -

Zuständiges Amtsgericht: Essen
Handelsregister-Nr.:
HRB 21035

IK-Kennzeichen:
269713012

Geschäftsführer:

Prof. Dr. Kurt Werner Schmid
Dipl.-Volkswirt Thorsten Kaatze

Bankverbindung

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

6. Ist der Patient aktuell katecholaminpflichtig?

Ja Nein (Wenn ja, Wirkstoffe und Dosierungen angeben)

7. Ist der Patient sediert? Ja Nein

Wenn ja, Womit? Seit wann?

8. Ist der Patient tracheotomiert? Ja Nein

chirurgisch? dilatativ?

Wann?

9. Beatmung und Blutgase?

Modus:	BGA -beatmet	BGA - spontan
EPAP (PEEP):	pH:	pH:
IPAP (ASB / P-Support):	pCO2:	pCO2:
AF:	pO2:	pO2:
FiO2:	FiO2:	FiO2:

Gab es Intervalle mit Spontanatmung? Nein Ja

Sind bereits mehr als 3 SBT (Spontanatmungsversuche) durchgeführt worden?

> 3 SBT? Nein ja Spontanatmung wie lange? _____

10. Dialyse oder andere Nierenersatzverfahren zurzeit im Einsatz?

Nein Ja Welches Verfahren?

11. Betreuer: Ja Nein

Wenn ja: Name: 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

Telefonnummer für Rückfragen:

 **0201 / 433 - 4570** (Weaningkoordinator Ruhrlandklinik Herr Nowak)