

## 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 - 37**

**Abteilung für  
Intensivmedizin und  
Respiratorentwöhnung**

Dr. med. C. Antony  
Leitende Ärztin

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

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

**Klinik für Pneumologie**

Klinikdirektor  
Prof. Dr. med. C. Taube

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

### **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)

### **6. Ist der Patient aktuell katecholaminpflichtig?**

**Ja**       **Nein**      (Wenn ja, Wirkstoffe und Dosierungen angeben)

**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

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): 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?  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)