

## 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 - 1437**

**1. Personalien** (oder 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** (ggf. letzten Laborausdruck faxen)

**5. Ist der Patient aktuell katecholaminpflichtig?**

Ja  Nein

**wenn ja, Wirkstoff mit Dosis** .....

**6. Ist der Patient sediert?**  Ja  Nein

**wenn ja, womit?** .....

**7. Medikamentöse Therapie** (ggf. aktuellen Verordnungsbogen faxen)

**Weaning-Zentrum Ruhrlandklinik  
Westdeutsches Lungenzentrum**

**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 14 37

**Klinik für Pneumologie**

Klinikdirektor  
Prof. Dr. med. C. Taube

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

Zertifiziert nach  
DIN EN ISO 9001:2015



**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  
Daniela Levy

**Bankverbindung**  
Sparkasse Essen  
IBAN: DE92 3605 0105 0001 7412 30  
SWIFT-BIC: SPESDE33EXXX

8. Ist der Patient tracheotomiert?  Ja  Nein

chirurgisch?  dilatativ?

wann tracheotomiert? .....

9. Beatmung

Modus ..... BGA  
FiO<sub>2</sub> ..... pH .....  
EPAP (PEEP) ..... pCO<sub>2</sub> .....  
IPAP oder ..... pO<sub>2</sub> .....  
ASB / P-Support .....  
AF .....

**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

**Keim:** ..... **Lokalisation:** .....

**Zuweisende Klinik:** .....

**Abteilung:** .....

(oder Stempel) **Straße / Ort:** .....

**Telefon:** .....

.....  
**Datum**    **Ansprechpartner / Name in Druckbuchstaben**    **Unterschrift**

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

**Unsere Telefonnummer für Rückfragen:**

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