



Anmeldeformular für Entwöhnungspatienten

Sehr geehrte Frau Kollegin,
sehr geehrter Herr Kollege,

Sie bitten um Übernahme Ihres Patienten zur Entwöhnung von der maschinellen Beatmung. Zur Evaluation bitten wir um Beantwortung der nachfolgenden Fragen und Übermittlung des Fragebogens an:

Abteilung für
Intensivmedizin und
Respiratorentwöhnung
Weaning-Zentrum Ruhrlandklinik

Fax: 0201 / 433 - 1437

Intensivmedizin
@ruhrlandklinik.uk-essen.de
Ruhrlandklinik.uk-essen.de
T. 02 01 4 33 – 4036
F. 02 01 4 33 – 1437

1. **Personalien** (oder Patientenaufkleber)

Name, Vorname
Geburtsdatum
Adresse
Krankenversicherung

www.ruhrlandklinik.de

Zertifiziert nach
DIN EN ISO 9001:2015



2. **Grunderkrankung / Diagnosen / Therapie**

Ruhrlandklinik
Westdeutsches Lungenzentrum am
Universitätsklinikum Essen gGmbH
- Universitätsklinik -

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

Zuständiges Amtsgericht: Essen
Handelsregister-Nr.:
HRB 21035

Seit wann beatmet ?

IK-Kennzeichen:
269713012

Beatmung

Modus
Fi O₂
EPAP (PEEP)
IPAP oder
ASB / P-Support
Atemfrequenz

BGA

pH
pO₂
pCO₂

Geschäftsführung

Prof. Dr. Jochen A. Werner
Daniela Levy

Bankverbindung

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

Gab es Intervalle mit Spontanatmung ? Nein Ja

Sind bereits mehr als 3 Spontanatmungsversuche durchgeführt worden ?

Nein Ja

Spontanatmung wie lange ?

4. **Ist der Patient tracheotomiert?** Nein Ja
 chirurgisch dilatativ wann?

5. **Ist der Patient sediert? Womit ?**

6. **Dialyse oder andere Nierenersatzverfahren zurzeit im Einsatz?**
 Nein Ja **Welches Verfahren ?**

7. **Relevante Labordaten** (ggf. letzte Laborawerte faxen)

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

9. **Betreuer** Nein Ja **Tel:**

10. **Größe** **Gewicht**

11. **MRE / Isolation** Nein Ja

Keim **Lokalisation**

Zuweisende Klinik
Abteilung
(oder Stempel) **Straße / Ort**
Telefon

Eine Rückübernahme Ihres Patienten muss im Bedarfsfall sichergestellt sein.

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

Ihre Telefonnummer für Rückfragen:  **0201 / 433 - 2060**