



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:

Fax: 0201 / 433 - 1437

Abteilung für
Intensivmedizin und
Respiratorentwöhnung
Weaning-Zentrum Ruhrlandklinik

intensivmedizin@ruhrlandklinik.uk-essen.de

Sekretariat
Fr. Marczinski
T. 02 01 4 33 – 4036
F. 02 01 4 33 – 1437

www.ruhrlandklinik.de

Zertifiziert nach
DIN EN ISO 9001:2015



1. Personalien (oder Patientenaufkleber)

Name, Vorname
Geburtsdatum
Adresse
Krankenversicherung

2. Diagnosen / Anlass für die maschinelle Beatmung / Therapie

3. Beatmung

Modus	BGA
Fi O ₂	pH
EPAP (PEEP)	pO ₂
IPAP oder	pCO ₂
ASB / P-Support	
Atemfrequenz	

Gab es Intervalle mit Spontanatmung? Nein Ja

Sind bereits mehr als 3 Spontanatmungsversuche erfolgt?

Nein Ja Spontanatmung wie lange?

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

5. **Wie ist die Vigilanz des Patienten?**
 Klar wechselhaft durchgängig somnolent komatös

Ist der Patient sediert? Nein Ja Womit?

6. **Besteht eine Kreislaufinstabilität?**
 Nein Ja, katecholaminpflichtig

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

8. **Besonderheiten Labor** (ggf. letzten Labordruck faxen)

9. **Besonderheiten medikamentöse Therapie** (ggf. aktuellen Verordnungsbogen faxen)

10. **Betreuer** Nein Ja Tel:

11. **Größe** **Gewicht**

12. **MRE / Isolation** Nein Ja

Keim

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

Ihre Telefonnummer für Rückfragen: ☎ 0201 / 433 - 2060 (oder - 4570)

Datum

Name in Druckbuchstaben

Unterschrift

Telefon / Fax