



## 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](mailto:Intensivmedizin@ruhrlandklinik.uk-essen.de)

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

[www.ruhrlandklinik.de](http://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

Seit wann ist der Patient beatmet? .....

### 3. Beatmung

Modus .....	<b>BGA</b>
Fi O <sub>2</sub> .....	pH .....
EPAP (PEEP) .....	pO <sub>2</sub> .....
IPAP oder .....	pCO <sub>2</sub> .....
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