Ruhrlandklinik gGmbH | Tüschener Weg 40 | 45239 Essen

RUHRLANDKLINIK
Westdeutsches Lungenzentrum
Universitätsmedizin Essen

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

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

Fax: 0201 / 433 - 1437

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	……..……	**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 Laborausdruck 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**