

Evangelische Lungenklinik Berlin
Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin
 Leitung: ChA Dr. med. Hartmut Brestrich
Zentrum für Beatmungs – und Schlafmedizin
 Leitung: OÄ Dr. med. Barbara Wiesner

Bitte zurückfaxen an: Belegungsmanagement 030 / 94802 - 298

Sehr geehrte Frau Kollegin, Sehr geehrter Herr Kollege,

um die weitere Betreuung Ihrer Patientin/ Ihres Patienten im Weaningprozess so optimal wie möglich planen zu können, möchten wir sie bitten den folgenden Fragenkatalog komplett ausgefüllt an uns weiterzuleiten.

Patientendaten		Name _____ Vorname _____ Geb. _____ Wohnort _____ Größe _____ Gewicht _____ BMI _____ Betreuung vorhanden? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Angehörige/ Betreuer informiert? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Ansprechpartner		Pflegeeinrichtung _____ Station: _____ zuständiger Arzt: _____ Tel-Nr: _____ / Fax-Nr: _____	
Aktuelle respiratorische Situation			
Beatmungsindikation	<input type="checkbox"/> Weaning	<input type="checkbox"/> Verlaufskontrolle (invasiv)	<input type="checkbox"/> Dekanülierung <input type="checkbox"/> _____
Beatmungszugang	<input type="checkbox"/> Trachealkanüle; seit: _____ (Dilatation/ Chirurgisch)		<input type="checkbox"/> Maske
Beatmungszeiten			
Beatmungsmodus			
Beatmungseinstellung	IPAP _____ EPAP _____ AF _____ O2 _____		
BGA (art/ kap)	pH _____ ; pO ₂ _____ mmHg ; pCO ₂ _____ mmHg		
Spontanatmungszeiten			
BGA (art/ kap)	pH _____ ; pO ₂ _____ mmHg ; pCO ₂ _____ mmHg		
Diagnosen/ relevante Komorbiditäten			
<input type="checkbox"/>	COPD	<input type="checkbox"/>	Koronare Herzkrankheit
<input type="checkbox"/>	Thorakorestriktive Erkrankung	<input type="checkbox"/>	Linksherzinsuffizienz
<input type="checkbox"/>	Pneumonie	<input type="checkbox"/>	Arterielle Hypertonie
<input type="checkbox"/>	Interstitielle Lungenkrankheit	<input type="checkbox"/>	Pulmonale Hypertonie
<input type="checkbox"/>	Lungenembolie	<input type="checkbox"/>	Onkologische Erkrankung
<input type="checkbox"/>	Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>	Infektionskrankheiten
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Neuromuskuläre Erkrankung
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Paresen
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Critical illness-Polyneuropathie
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Psychiatrische Erkrankungen
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Niereninsuffizienz Krea: _____ Hst: _____ GFR: _____
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Dialysepflicht

Infektiologie/ Mikrobiologie					
	Keimart	Lokalisation	Abstrichdatum	Ergebnis	Aktuelle Antibiotikatherapie
<input type="checkbox"/>	MRSA			<input type="checkbox"/> pos <input type="checkbox"/> neg	
<input type="checkbox"/>	ESBL			<input type="checkbox"/> pos <input type="checkbox"/> neg	
<input type="checkbox"/>	VRE			<input type="checkbox"/> pos <input type="checkbox"/> neg	
<input type="checkbox"/>	MRGN			<input type="checkbox"/> pos <input type="checkbox"/> neg	
<input type="checkbox"/>	Clostridien			<input type="checkbox"/> pos <input type="checkbox"/> neg	
<input type="checkbox"/>	Hepatitis			<input type="checkbox"/> pos <input type="checkbox"/> neg	
<input type="checkbox"/>	HIV			<input type="checkbox"/> pos <input type="checkbox"/> neg	
<input type="checkbox"/>	TBC			<input type="checkbox"/> pos <input type="checkbox"/> neg	
Pflegesituation					
Hilfebedarf	<input type="checkbox"/> kein <input type="checkbox"/> teilweise (_____) <input type="checkbox"/> vollständig				
Hilfsmittel	<input type="checkbox"/> kein <input type="checkbox"/> Spezialbett <input type="checkbox"/> Spezialmatraze <input type="checkbox"/> Lifter <input type="checkbox"/> _____				
Bewußtseinslage	<input type="checkbox"/> wach/ orientiert <input type="checkbox"/> verwirrt/ delirant <input type="checkbox"/> vigilanzgemindert <input type="checkbox"/> nicht ansprechbar				
Ernährung	<input type="checkbox"/> oral <input type="checkbox"/> selbstständig/ <input type="checkbox"/> mit Hilfe <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> Port Ernährungslösung:				
Ausscheidung	<input type="checkbox"/> kontinent <input type="checkbox"/> selbstständig/ <input type="checkbox"/> mit Hilfe <input type="checkbox"/> inkontinent <input type="checkbox"/> Urin/ <input type="checkbox"/> Stuhl <input type="checkbox"/> Urinkatheter				
Besonderes	<input type="checkbox"/> Decubitus _____ <input type="checkbox"/> Sonstiges _____				
Zugänge					
	Lokalisation		Anlagedatum	Letzter Wechsel	Besonderheiten
<input type="checkbox"/>	Port	<input type="checkbox"/> re / <input type="checkbox"/> li			
<input type="checkbox"/>	PEG				
<input type="checkbox"/>	Thoraxdauerdrainage	<input type="checkbox"/> re / <input type="checkbox"/> li			
<input type="checkbox"/>	Urinkatheter	<input type="checkbox"/> suprapub.			
Verlegung/ Transport					
<input type="checkbox"/> Notarzt <input type="checkbox"/> Krankentransport <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/>					
Bemerkungen/ Besonderheiten					
<input type="checkbox"/> Opiate <input type="checkbox"/> Wundversorgung: Wo? _____ Wie oft? _____ Womit? _____					
<p>Bitte geben Sie unbedingt bei Verlegung eine aktuelle Medikamentenliste, besondere Medikamente für einen Tag, Röntgenbilder/ CT-Bilder, Beatmungsrelevante Arztbriefe, Betreuerausweis, mikrobiologische Befunde, Beatmungsparameter mit</p>					

Datum/ Unterschrift: _____