

## ANMELDEBOGEN WEANINGZENTRUM – Klinik für Pneumologie

### Verlegende Klinik

Name:  
Ort:

Ansprechpartner:  
Telefon:  
Fax:

### Versorgungsstatus vor KH-Aufnahme

- allein lebend, selbstständig  
 allein lebend, Pflegedienst  
 mit Angehörigen, selbstständig  
 mit Angehörigen, pflegebedürftig  
 Pflegeeinrichtung

### Ursache Beatmung

### Stationärer Verlauf

Aufnahmedatum:  
Datum Intubation:  
Datum Tracheotomie:  
Art der Tracheotomie:  PDT  chirurgisch  
Beatmet seit:  
Außerklinisch beatmet:  ja  nein  
SBTs/Spontanatmung:  ja  nein  
Zahl/Dauer der SBTs:

### Problemkeime

MRSA:  ja  nein  
ESBL:  ja  nein  
3MRGN/4MRGN:  ja  nein  
andere:

### Zugänge

Arterie:  ja  nein  
ZVK:  ja  nein  
Blasenkatheter:  ja  nein  
andere (*Drainagen, Sheldon, Flexi-Seal, etc.*):

### Ernährung

MS  PEG  oral  parental

### Letztes Labor

CRP: Hb: Krea:

Datum:

### Patient

Name:  
Vorname:  
Geburtsdatum:  
Wohnort:  
Angehörige:

Betreuung durch:

Patientenverfügung:  ja  nein

### Diagnosen

### Aktueller Befund

Größe: Gewicht:  
voll orientiert:  ja  nein  
komatös/sediert:  ja  nein  
Delir:  ja  nein  
falls ja:  hyperaktiv  hypoaktiv  
depressiv:  ja  nein  
Demenz:  ja  nein  
permanenter Hirnschaden:  ja  nein  
Schluckstörungen:  ja  nein  unbekannt  
Stimmbandparese:  ja  nein  unbekannt

### Mobilität

Bettlägerig  Bettkante  
 Mobilisationsstuhl  Gangschule

### Dekubitus

Grad:  nein  
Lokalisation:

### Hämofiltration

Dauerdialyse:  ja, seit:  
CVWH:  ja, seit:

### Beatmung

CPAP/ASB  BIPAP/ASB/Assist  PSV  
Pinsp.: PEEP: AF: I:E: FiO<sub>2</sub>:

### Letzte BGA

Spontan: pO<sub>2</sub>: pCO<sub>2</sub>: pH:  
Beatmung: pO<sub>2</sub>: pCO<sub>2</sub>: pH:

Unterschrift: