

# Formular

## Fragebogen zur Übernahme von Patienten in das Weaningzentrum

Med. Klinik IV: Pneumologie, Beatmungs- und Schlafmedizin



Patientenetikett:

**Klinikum Vest GmbH**  
 Akademisches Lehrkrankenhaus  
 der Ruhr-Universität Bochum  
**Behandlungszentren**  
**Knappschafts-Krankenhaus Recklinghausen**  
**Paracelsus-Klinik Marl**  
 E-Mail: [info@klinikum-vest.de](mailto:info@klinikum-vest.de)  
[www.klinikum-vest.de](http://www.klinikum-vest.de)  
**Behandlungszentrum**  
**Paracelsus-Klinik Marl**  
 Lipper Weg 11, 45770 Marl  
 Tel. 02365 900 Fax 02365 90 2099  
**Medizinische Klinik IV**  
**Pneumologie, Beatmungs- und Schlafmedizin**  
**Chefarzt: Dr. med. Jens Geiseler**  
**Weaningzentrum**  
**Leitung: Dr. med. Jens Geiseler**  
 Tel. 02365 90-2650  
 Fax 02365 90-2659  
 pneumologie@klinikum-vest.de

Hauptdiagnose (zur Beatmungspflicht führend):

Nebendiagnosen (Grunderkrankung u.a.):

Alter: \_\_\_\_\_ J.      Größe: \_\_\_\_\_ cm      Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Beatmung:      Beginn der Beatmung

Nicht-invasiv:     

Invasiv:     

Trachealtubus            Größe: \_\_\_\_\_ Ch.

Chirurgische Tracheotomie            Größe: \_\_\_\_\_ Ch.

Punktionstracheotomie            Größe: \_\_\_\_\_ Ch.

Spontanatmungsphasen: \_\_\_\_\_ h/Tag

Letzte Blutgase:

pCO<sub>2</sub>      \_\_\_\_\_ spontan      unter Beatmung \_\_\_\_\_

pO<sub>2</sub>      \_\_\_\_\_ bei FIO<sub>2</sub> \_\_\_\_\_      bzw. l/min \_\_\_\_\_

pH      \_\_\_\_\_

Zugänge:

Arterie:            re.      li.      rad.      fem.      \_\_\_\_\_

ZVK:            re.      li.      jugul.      Subclavia      \_\_\_\_\_

Viggo:            re.      li.      \_\_\_\_\_

DK:            suprapubische Blasenfistel     

Magensonde:            PEG:            PEJ:     

Ernährung:      enteral            parenteral     

Klinikum Vest			
Version: 01	Erstellt:	Geprüft:	Freigabe:
DokuNr.: FO-02013	von: Marquardt Nicola	von: Geiseler, Dr. Jens	von: Geiseler, Dr. Jens
Revision: 07.12.2018			
Seite: 1 von 2	am: 07.12.2016	am: 07.12.2016	am: 07.12.2016

# Formular

## Fragebogen zur Übernahme von Patienten in das Weaningzentrum

Med. Klinik IV: Pneumologie, Beatmungs- und Schlafmedizin



Medikation: Analgosedierung: \_\_\_\_\_

Katecholamine: \_\_\_\_\_

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Labor: CRP \_\_\_\_ mg/ dl      Hämoglobin \_\_\_\_g/ dl      Kreatinin \_\_\_\_mg/ dl

**Infektiologie:**

Keimnachweis:                    ja                     nein                     Keim: \_\_\_\_\_

MRSA:                                ja                     nein                     nicht bekannt

Pseudomonas:                    ja                     nein                     nicht bekannt

3-MRGN / 4-MRGN:                ja                     nein                     nicht bekannt

Dialyse / Haemofiltration:    ja                     nein

Vigilanz: (z.B. RASS, Ramsey-score) \_\_\_\_\_

**Dekubitus:**

Lokalisation:	Grad:

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Überweisende Klinik: \_\_\_\_\_

Ansprechpartner /in: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Fax-Nummer: \_\_\_\_\_

**Bitte zurück an Fax-Nr.: 02365 90 2659**

Klinikum Vest			
Version: 01	Erstellt:	Geprüft:	Freigabe:
DokuNr.: FO-02013	von: Marquardt Nicola	von: Geiseler, Dr. Jens	von: Geiseler, Dr. Jens
Revision: 07.12.2018			
Seite: 2 von 2	am: 07.12.2016	am: 07.12.2016	am: 07.12.2016