

**Hochtaunus-Kliniken Usingen**  
**Anmeldeformular Weaning-Patient**



Datum:

Verlegungs Krankenhaus:

Station:

Frau / Herr Dr.

Telefon:

Nachname:

Vorname:

Krankenkasse:

geboren:

Größe(ca.):

Gewicht(ca.):

**Diagnosen:**

**Beatmung:**

Modus:                      seit wann:                      Spontanatmung:                      h/tgl.

Letzte BGA:                      PCO2:                      PO2:                      FiO2:

orotrachealer Tubus    Tracheostoma    dilatativ    chirurgisch

**Ernährung:**

Magensonde    PEG Sondenkost:    keine    teil-ernährt    voll-ernährt

Herz/Kreislauf/Niere:    Katecholaminbedarf    Nierenersatzverfahren

Analgosedierung:    Propofol    Midazolam    Fentanylderivat

Dexdor/Clon.    andere:

**Zugänge:**

ZVK    Arterie    Port    Blasenkatheter    Suprapubischer

**Labor:**

Hb:                      Harnstoff:                      Kreatinin:

MRSA                      Lokalisation:

**Hochtaunus-Kliniken Usingen**  
**Anmeldeformular Weaning-Patient**



VRE

Lokalisation:

3-MRGN Keim:

Lokalisation:

4-MRGN Keim:

Lokalisation:

Andere Keim:

Lokalisation:

**Mobilisation:**  Bett  Stuhl  Zimmer  Flur

Dekubitusulcera Lokalisation:

**Neurologische Problematik:**

Krampfanfälle

Critical-illness-Polyneuropathie

Hypoxischer Hirnschaden:

Weitere/besondere Problematik:

Angehörige/Betreuung:

Terminwunsch zur Übernahme:

Bitte senden Sie diesen Patientenaufnahmebogen an folgende Fax-Nr.  
06081/ 107-10 4050

Tel.: 06081/ 107-4050 (7:30-15:00) Tel.: 06081/ 107-0