

Weaninganmeldung

Per Fax an 06151 / 406 548

Kontaktdaten der anmeldeten Klinik:

Klinikname _____
Ansprechpartner _____
Telefon _____
Fax _____

Weaning-Station
Martinspfad 72
64295 Darmstadt

Telefon: 06151 / 406 304
Fax: 06151 / 406 548
www.marienhospital-darmstadt.de

Chefarzt:
Prof. Dr. Martin Welte
Standortleiter:
Dr. Andreas Lenhart
Ltd. Oberarzt:
Dr. Cagatay Yildirim

Betreuungsvollmacht Ja Nein **Name des Betreuers:** _____

Erreichbarkeit: _____

Patientenverfügung Ja Nein

Angehörige Ja Nein **Name** _____

Erreichbarkeit _____

Einweisungsdiagnosen und intensivmed. Relevante Diagnosen in Ihrer Klinik:

Weitere Diagnosen:

KHK / EF% Chronische Niereninsuffizienz Adipositas ____ KG; ____ cm

COPD Akute Niereninsuffizienz Alkoholabusus

Diabetes mellitus Dialysepflichtigkeit Sonstige

Zugang _____

Rhythmus _____

Aktuelle respiratorische Situation:

Tracheostoma dilatativ chirurgisch

Intubation **Besonderheiten:** _____

Vorwiegender Beatmungsmodus:

ASV BiLevel CPAP / ASB P-SIMV
F_iO₂: _____ PEEP: _____ P_{insp}: _____ AF: _____
pH: _____ pCO₂: _____ pO₂: _____

Hautstatus:

- Defekte / Infektionen / Ausschlag / Wunden:

Art: _____ Ort: _____ Größe: _____ Behandlung: _____
Art: _____ Ort: _____ Größe: _____ Behandlung: _____

Wundversorgung:

VAC Spezieller Verband Chirurgische Mitversorgung notwendig
 Drainagen _____

Mikrobiologie:

MRSA VRE MRGN Sonstige
 Bisherige Antibiose: _____

Bei Verlegung bitten wir um Mitgabe von:

- Arztbrief, ggf. auch der vorbehandelnden Klinik
- Aktuelle Labor- und mikrobiologische Befunde
- CD mit Röntgen / CT Bilder des aktuellen Aufenthaltes
- Krankenkassenskarte
- Betreuungsvollmacht / Patientenverfügung in Kopie
- Aktueller Medikamentenplan
- Pflegeüberleitungsbogen

Nach Eingang Ihrer Anfrage werden wir uns umgehend mit Ihnen telefonisch in Verbindung setzen!

Vielen Dank! Wir freuen uns auf die Zusammenarbeit mit Ihnen!