

Anmeldung zum Weaning Fax 0441-229-1435

Patientendaten

Name Vorname
Geb.Datum Kostenträger Gesetzlich
 Privat
Größe Gewicht BMI

Verlegungsdaten

Krankenhaus Station
Arzt Telefon Arzt
Pflege Telefon Pflege
Verlegung von Ihrer Seite sinnvoll ab:

Medizinische Daten

Diagnosen
Bewusstsein Adäquat Delir sediert RASS
Beatmung seit Beatmung über Endotrachealtubus Trachealkanüle
Tracheotomie am: Operativ Dilativ
Spontanatmungsphasen nein ja, Stunden pro Tag

Aktuelle BGA

FiO₂ pO₂ pCO₂ Unter Spontanatmung
pH BE HCO₃⁻ Unter Beatmung

Nierenersatzverfahren

nein kontinuierlich intermittierend

Isolation

nein ja, nachgewiesene Keime

Mobilität

CIP/ CIM

Wunden/Dekubitus

Patientenverfügung

nein ja

Vollmacht/ Betreuung

nein ja, welche

Betreuer/in (Name und Telefonnummer)



Klinik für Innere Medizin, Pneumologie
und Gastroenterologie

Klinikdirektor
Prof. Dr. med. Dominic Dellweg
e-mail: dominic.dellweg@pius-hospital.de

Oberarzt
Herr Robin Schlott
e-mail: robin.schlott@pius-hospital.de

Sekretariat Frau Niermann
Tel. 0441 229 - 1401

Wir bitten Sie uns mit der Anmeldung zum Weaning einen Bericht, aus dem der Krankheitsverlauf des Patienten und die aktuelle Medikation hervorgeht, sowie zusätzlich eine vorhandene Vorsorgevollmacht (Betreuungsdokumente) und Patientenverfügung zuzusenden.