



## Übernahme Klinik Amsee GmbH - Weaningstation

Um eine problemlose Übernahme und unnötige Nachfragen zu vermeiden, bitten wir Sie, diesen Fragebogen im Vorfeld der Übernahme auszufüllen und an uns zu faxen. Insbesondere ist für uns die infektiologische Situation des Patienten zum Zeitpunkt der Verlegung wichtig, um gegebenenfalls erforderliche hygienische Maßnahmen einleiten zu können. Für Ihre Bemühungen bedanken wir uns im Voraus.

überweisende Klinik: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Ansprechpartner: \_\_\_\_\_

Name des Patienten: \_\_\_\_\_ männlich

Alter des Patienten: \_\_\_\_\_ weiblich

stationär seit : \_\_\_\_\_

### **Beatmungsparameter :**

Beatmungsmuster	FiO <sub>2</sub>	PEEP	P insp	Druckunterstützung	AF	Vtidal	AMV

Spontanatmung/ d : \_\_\_\_\_ min      Tracheotomie : Dilatation      operativ

### **Diagnosen:**

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

**Organfunktionen:**

Cor & Kreislauf: Katecholamine: ja      nein      KHK: ja      nein  
 Niere: Diurese > 100 ml/ h      ja      nein      Ckrea \_\_\_\_\_ ml/min  
 Leber / Pancreas: pathologische Laborwerte      ja      nein  
 Cholestase: ja      nein  
 Darm: Diarrhoe ja      nein      Paralyse ja      nein  
 Pulmo: COPD ja      nein      restriktive Erkrankung ja      nein

**Infektiologie**

Keimnachweis:      in Blutkultur      im Trachealsekret      Urin

Erreger : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

multiresistente Erreger	MRSA	ja	nein
	ESBL	ja	nein
	VRE	ja	nein

Bitte an untenstehende Nummer faxen. Bei Rückfragen stehen wir Ihnen selbstverständlich gern auch telefonisch zur Verfügung.

**FAX : 03991 / 158 – 289**  
**Tel. : 03991/ 158 – 290**