

**Per Fax bitte an  
+49 2372 908-2051**

**Ansprechpartner**

OÄ Frau Dr. G. Holinka            ) +49 2372 908-2242  
 OÄ Frau MUDr. L. Cordes         ) +49 2372 908-2516  
 OÄ Frau D. Gafencu               ) +49 2372 908-2595  
 OA Herr P. Thrull                   ) +49 2372 908-2518  
 OA Herr J. Quellenberg           ) +49 2372 908-2512  
 Intensivstation                     ) +49 2372 908-2365  
 Teamassistentz Fr. Fingerhut    ) +49 2372 908-2706

| Verlegende Klinik |  |
|-------------------|--|
| Name              |  |
| Straße            |  |
| PLZ/Stadt         |  |
| Ansprechpartner   |  |
| Telefon           |  |
| Fax               |  |
| eMail             |  |

| Anthropometrische Daten |  |
|-------------------------|--|
| Größe                   |  |
| Gewicht                 |  |
| BMI                     |  |

| Aktueller Befund   |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> wach <input type="checkbox"/> schläfrig <input type="checkbox"/> somnolent <input type="checkbox"/> komatös |  |
| <input type="checkbox"/> analgosediert mit:  |  |
| <input type="checkbox"/> kooperativ <input type="checkbox"/> unkooperativ <input type="checkbox"/> delirant                          |  |
| <input type="checkbox"/> Atmung spontan <input type="checkbox"/> invasiv beatmet <input type="checkbox"/> NIV                        |  |

| Diagnosen |  |
|-----------|--|
| 1.        |  |
| 2.        |  |
| 3.        |  |
| 4.        |  |
| 5.        |  |

| Mikrobiologie  |  |
|--|--|
| Bitte faxen Sie uns die aktuellen Befunde im Rahmen dieser Anmeldung zu! |  |
| MRSA   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Ort: |
| MRGN <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4               | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Ort: |
| VRE  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Ort: |
| <b>Abstriche dürfen max. eine Woche alt sein.</b>                        |  |
| COVID-19   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein      |
| <b>PCR-Test darf max. 48 Std. alt sein.</b>                              |  |
| COVID-19   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein      |
| Z.n. COVID-19 mit 2 neg. Abstr.  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein      |
| Influenza  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein      |
| Clostr. difficile  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein      |
| Sonstige:  |  |

| Patient (bitte deutlich schreiben od. Patientenetikett) |  |
|---|--|
| Name  |  |
| Vorname   |  |
| Geb.-Datum  |  |
| Straße  |  |
| PLZ/Stadt   |  |
| Krankenkasse/Vers.Nr.                                   |  |
| Konfession  |  |
| Kontaktperson   | Name/Tel.  |
| Gesetzl. Betreuung                                      | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> in Arbeit |
| Vorsorgevollmacht                                       | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                                    |
| Ansprechpartner   | Name/Tel.  |
| Patientenverfügung                                      | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                                    |

| Versorgungsstatus vor KH-Aufnahme  |  |
|--|--|
| Pflegegrad   | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 |
| Versorgung durch   | Name   |
| <input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> Angehörige <input type="checkbox"/> Pflegedienst <input type="checkbox"/> Heim |  |
| <input type="checkbox"/> Pflegeeinrichtung:  | Name/Ort   |
| <input type="checkbox"/> Beatmungs-WG:   | Name/Ort   |

| Therapien / OPs ect. |  |
|----------------------|--|
| 1.                   |  |
| 2.                   |  |
| 3.                   |  |
| 4.                   |  |
| 5.                   |  |

| Antibiotische Vorbehandlung  |     |     |
|--|-----|-----|
| Medikament   | von | bis |
|  |     |     |
|  |     |     |
|  |     |     |
|  |     |     |
|  |     |     |
|  |     |     |
|  |     |     |
| Aktuelle Medikation  |     |     |
|  |     |     |
|  |     |     |
|  |     |     |
|  |     |     |
| <b>Katecholamine</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |     |     |

| Stationärer Verlauf                         |  |                             |
|---|--|-----------------------------|
| Aufnahme                                    | Datum  |                             |
| Intubation                                  | Datum  |                             |
| Tracheotomie                                | Datum  |                             |
|   | <input type="checkbox"/> perkutan <input type="checkbox"/> plastisch |                             |
| Kanüle                                      | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein            | Größe: <input type="text"/> |
| NIV seit:                                   | Datum  |                             |
| FiO <sub>2</sub> bzw. O <sub>2</sub> l/min: | <input type="text"/>   |                             |
| Transfusionen                               | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein            | BG: <input type="text"/>    |
| Sepsis                                      | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein            |                             |

| Mobilität  |
|--|
| <input type="checkbox"/> bettlägerig <input type="checkbox"/> Bettkante <input type="checkbox"/> Mobi-Stuhl <input type="checkbox"/> steht <input type="checkbox"/> läuft  |
| <input type="checkbox"/> Hilfsmittel   |
|  |
| Psychischer Zustand  |
| <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> depressiv <input type="checkbox"/> suizidal <input type="checkbox"/> aggressiv <input type="checkbox"/> ängstlich |
|  |
| Motivation   |
| <input type="checkbox"/> sehr gut <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> mäßig <input type="checkbox"/> gar nicht   |
|  |

| Zugänge   |   |
|---|---|
| Arterie   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein       |
| Venenzugang   | <input type="checkbox"/> peripher <input type="checkbox"/> ZVK  |
| Blasenkatheter  | <input type="checkbox"/> transurethral                          |
|   | <input type="checkbox"/> suprapubisch                           |
| Dialysezugang   | <input type="checkbox"/> Shunt <input type="checkbox"/> Shaldon |
|   | <input type="checkbox"/> Demerskatheter                         |
|   | <input type="checkbox"/> andere                                 |
| Ernährung   | <input type="checkbox"/> isst <input type="checkbox"/> trinkt   |
|   | <input type="checkbox"/> parenteral                             |
|   | <input type="checkbox"/> MS <input type="checkbox"/> PEG        |
| Drainagen <input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> li | Ort <input type="text"/>  |

| Sonstiges           |  |
|---------------------|--|
| Dekubitus           | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                            |
| Lokalisation / Grad | <input type="text"/>   |
|                     |  |
| Dialyse             | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                            |
| passager            | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein seit: <input type="text"/> |
| Dialysezentrum:     | <input type="text"/>   |
| kontinuierlich      | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein seit: <input type="text"/> |
|                     |  |
| Schluckstörung      | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                            |
| Logopädie           | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein seit: <input type="text"/> |

| Aktuelles Labor |                      |      |                      |
|-----------------|----------------------|------|----------------------|
| Hb              | <input type="text"/> | Na   | <input type="text"/> |
| Leukos          | <input type="text"/> | K    | <input type="text"/> |
| Thrombos        | <input type="text"/> | Bili | <input type="text"/> |
| Krea            | <input type="text"/> | GPT  | <input type="text"/> |
| Harnstoff       | <input type="text"/> | PCT  | <input type="text"/> |
| CRP             | <input type="text"/> |      | <input type="text"/> |

| Aktuelle BGA                            | spontan              | Beatmung             |
|---|----------------------|----------------------|
| FiO <sub>2</sub> / O <sub>2</sub> l/min | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| pO <sub>2</sub>                         | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| pCO <sub>2</sub>                        | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| pH                                      | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| BE                                      | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| SaO <sub>2</sub>                        | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

| Ventilatoreinstellung                   |                      |       |                      |
|---|----------------------|-------|----------------------|
| Modus                                   | <input type="text"/> | AF    | <input type="text"/> |
| FiO <sub>2</sub> / O <sub>2</sub> l/min | <input type="text"/> | I:E   | <input type="text"/> |
| Pinsp                                   | <input type="text"/> | Tinsp | <input type="text"/> |
| PEEP                                    | <input type="text"/> |       | <input type="text"/> |

| Bemerkungen                              |
|--|
| <br><br><br><br><br><br><br><br><br><br> |

Bitte denken Sie daran, bei der Verlegung die komplette Bildgebung mitzugeben - auf CD gebrannt oder auch gerne vorab über den Datentunnel. Herzlichen Dank!