

Anmeldung Weaning

☐ Neurologisch	☐ Internistisch	☐ Pneumologisch
☐ Chirurgisch	☐ Kardiologisch	☐ _____

Bitte ausgefüllten Bogen per Fax an 0271/705-442084 oder per Mail an: weaning@klinikum-siegen.de

Daten der anmeldenden Klinik:

Einweisende Klinik: _____

Behandelnder Arzt: _____ Tel: _____

Sozialdienst: _____ Tel: _____

Pflege: _____ Tel: _____

Faxnummer: _____

Anschrift: _____ Straße: _____

PLZ: _____ Stadt: _____

Aufnahme möglich ab (KW/Tage): _____

Patientendaten:

Geschlecht: ☐ Weiblich ☐ Männlich

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____ Straße: _____

PLZ: _____ Stadt: _____

Kostenträger: _____ KV.Nr.: _____

Deutschsprachkenntnisse: ☐ Nein ☐ Ja

Pflegegrad: ☐ Nein ☐ Ja welcher PG: _____

Vorsorgevollmacht: ☐ Nein ☐ Ja Bevollmächtigter: _____

Patientenverfügung: ☐ Nein ☐ Ja

Betreuung eingerichtet: ☐ Nein ☐ Ja gesetzliche Betreuung: _____

Nächster Angehöriger: _____ Tel: _____

Hausarzt: _____

Chefarztbehandlung: ☐ Nein ☐ Ja

Allgemeinzustand vor Akuterkrankung:

- ☐ keine Einschränkung
- ☐ geringe Einschränkung ohne Hilfsbedürftigkeit
- ☐ geringe Einschränkung mit Hilfsbedürftigkeit
- ☐ Hilfe notwendig beim Ankleiden und Essen
- ☐ komplett hilfsbedürftig

Hauptdiagnosen:

Nebendiagnosen:

- ☐ COPD ☐ Adipositas ☐ KHK ☐ Niereninsuffizienz ☐ Diabetes mellitus
- ☐ CIP ☐ ALI/ARDS ☐ Delir ☐ Alkoholabusus ☐ Pneumonie
- ☐ Kypho-/Skoliose ☐ Sepsis ☐ onkol. Erkrankung
- ☐ sonstige: _____

Beatmung:

Intubationsdatum: _____ Intubationsschwierigkeiten: ☐ Ja ☐ Nein

Beatmungszugang: ☐ Tubus ☐ Tracheostoma ☐ (dilatativ) ☐ (chirurgisch) seit: _____

Größe Tubus/Trachealkanüle: _____ wie oft wird am Tag abgesaugt: _____

Beatmungsmodus: _____ Beatmungsmodus: _____

FiO₂: _____ AF: _____ PEEP/EPAP: _____ IPAP: _____ ASB: _____

Aktuelle Blutgasanalyse:

☐ Spontanatmung ☐ unter Beatmung ☐ unter NIV

paO₂: _____ paCO₂: _____ pH: _____

HCO₃⁻: _____ SaO₂: _____ bei: _____ O₂/min.

Weaning-Versuche:

Anzahl der Re-Intubationen: _____ Spontanatemversuche/SBT: _____

Vermuteter Grund des Scheiterns: _____

Aktueller Medizinischer Befund:

HerzKreislauf-Funktion: ☐ stabil Reanimation: ☐ Nein ☐ Ja

Katecholaminbedarf: ☐ Nein ☐ Ja z. Zt. mit: _____

Sedierung/Analgetika: ☐ Nein ☐ Ja z. Zt. mit: _____

Körpergewicht: _____ kg Körpergröße: _____ cm

Blutdruck: _____ mm/Hg Pulsfrequenz: _____ schl./min

Temp: _____

Aktuelles Labor: Hb: _____ g/dl Na: _____ mmol/l K: _____ mmol/l

Krea: _____ mg/dl Harnst: _____ mg/dl GOT: _____ U/l

GPT: _____ U/l CRP: _____ mg/dl Blutgr.: _____

Dialysepflichtigkeit: ☐ Nein ☐ Ja ☐ kontinuierlich ☐ intermittierend

Dialyseprotokoll: ☐ Nein ☐ Ja Zugang über: _____

Dialysetage: ☐ Mo ☐ Di ☐ Mi ☐ Do

☐ Fr ☐ Sa ☐ So

Zugänge / liegen seit:

☐ ZVK _____ ☐ art. Zugang _____ ☐ PVK _____ ☐ DK _____ ☐ SPDK _____

☐ Pleuradrainage _____ ☐ Wunddrainage _____ ☐ andere: _____

Ernährung über: ☐ oral _____ ☐ NGS _____ ☐ PEG _____

☐ Aspirationsgefahr _____

Sondenkost: _____

Aktuelle Situation / Vigilanz n. Rass.:

☐ +4 Aggression	☐ +3 schwere Unruhe	☐ +2 Unruhe	☐ +1 ängstlich
☐ 0 wach und ruhig, kooperativ			
☐ -1 schläfrig	☐ -2 leicht sediert	☐ -3 mäßig sediert	☐ -4 tief sediert
☐ -5 Koma, nicht erweckbar			
☐ analgosediert		☐ orientiert	☐ desorientiert
		☐ Reaktion auf lautes Ansprechen	

Neurologische Auffälligkeiten: _____

Neuro-Status:	☐ Hemiparese	☐ Neglect	☐ Dysphagie	☐ Aphasie
Motivation des Patienten:	☐ sehr gut	☐ gut	☐ weniger gut	☐ nicht beurteilbar
Stimmung des Patienten:	☐ euphorisch	☐ adäquat	☐ aggressiv	
	☐ weinerlich	☐ depressiv	☐ ängstlich	
Pflegebedürftigkeit:	☐ voll	☐ teils	☐ gering	
Mobilisation:	☐ bettlägerig	☐ Bettkante	☐ Mobi-Stuhl	
	☐ Stand	☐ Gefähig mit Unterstützung		

Hautstatus/Dekubitus: _____

Dekubitus/Wechseldruckmatratze: ☐ Nein ☐ Ja

Spezielle Hilfsmittel: _____

Spezielle Verbände: _____

Wundversorgung: _____

Darminkontinenz: ☐ Nein ☐ Ja

Mikrobiologische Diagnostik:

Bronchialsekret diagnostik:	Datum: _____	Befund: _____
Abstrich Nase:	Datum: _____	Befund: _____
Abstrich offene Wunde:	Datum: _____	Befund: _____
Clostridien:	Datum: _____	Befund: _____

MRSA:	Datum: _____	Befund: _____
3-MRGN:	Datum: _____	Befund: _____
4-MRGN:	Datum: _____	Befund: _____
COVID-19:	Datum: _____	Befund: _____
VRE:	Datum: _____	Befund: _____
Andere Problemkeime:	Datum: _____	Befund: _____
Blutkulturen:	Datum: _____	Befund: _____

HIV-positiv	☐ Nein	☐ Ja	AK HCV	☐ Nein	☐ Ja
HIT-positiv	☐ Nein	☐ Ja	HbsAG	☐ Nein	☐ Ja

Isolierungspflichtig: ☐ Nein ☐ Ja seit: _____

Antibiotische Vorbehandlung:

mit: _____ seit: _____

Geplante Rehaziele:

☐ Verbesserung der Lebensqualität	☐ Verbesserung der Kommunikation
☐ Optimierung der Krankheitsbewältigung	☐ Pflegebedürftigkeit vermeiden oder verringern
☐ Bessere Selbstversorgung/Mobilität	☐ Wiederherstellung der Belastungsfähigkeit
☐ Verbesserung der Gehfähigkeit	☐ Schmerzreduktion
☐ Entwöhnung/Entfernung Trachealkanüle	☐ Entwöhnung von der Beatmungsmaschine
☐ Verbesserung der kardio-pulmonalen Leistungsfähigkeit	
☐ Verbesserung/Vermeidung einer Beeinträchtigung der selbstständigen Lebensführung	

Bitte aktuelle Medikation/Behandlungsplan, Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung sowie mikrobiologische Befunde, wenn möglich, als Anlage/Fax beifügen.

Datum: _____

Unterschrift: _____