



RoMed
Klinikum Rosenheim

**Internistische Intensivstation
Weaningeinheit**
Ärztliche Leitung:
Dr. Katharina Lenherr
Tel: 08031-3657150
Fax: 08031-3654981
Email: intint.rosenheim@ro-med.de

Weaning Erfassungsbogen

Weaning-Hotline: 08031-3657150

(Mo-Fr 9.00-15.00 Uhr, mit OA verbinden lassen)

Übernahmebogen und Arztbrief per Fax an: 08031-3654981

(bitte immer zusätzlich zum Fax anrufen)

Überweisende Klinik

Name der Klinik:	<input type="text"/>
Ansprechpartner:	<input type="text"/>
Rückrufnummer:	<input type="text"/>
FAX-Nummer:	<input type="text"/>

Patientendaten

Name, Vorname:	<input type="text"/>	geboren am:	<input type="text"/>
Versicherung:	<input type="text"/>		
Kontaktdaten gesetzlicher Betreuer / Angehörige (Name und Telefonnummer):			
<input type="text"/>			
Therapielimitationen:	<input type="text"/>		
Möglicher Verlegungszeitpunkt:	<input type="text"/>		
Größe:	<input type="text"/>	Gewicht:	<input type="text"/>



Krankheitsgeschichte

bitte aktuellen Arztbrief / Krankheitsverlauf inkl. aktuellem Labor mitfaxen

initiales Aufnahmedatum: <input type="text"/>	
Hauptdiagnose: <input type="text"/>	
Intubationsdatum: <input type="text"/>	Indikation: <input type="text"/>
Datum der Tracheotomie: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> dilatativ <input type="checkbox"/> chirurgisch

Invasive Beatmung seit: <input type="text"/>	Extubationsversuche: <input type="text"/>
--	---

Spontanatmung:	Stunden pro Tag: <input type="text"/>	Anzahl der Phasen: <input type="text"/>
-----------------------	---------------------------------------	---

Beatmungseinstellungen			
Modus: <input type="text"/>	PEEP: <input type="text"/>	fiO2: <input type="text"/>	Pinsp: <input type="text"/>
Atemfrequenz: <input type="text"/>	I:E: <input type="text"/>		

Letzte aBGA			
pH: <input type="text"/>	paO2: <input type="text"/>	pCO2: <input type="text"/>	Bicarbonat: <input type="text"/>
Lactat: <input type="text"/>	Blutzucker: <input type="text"/>		

Vorbestehende LTOT: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Vorbestehende Heim-NIV: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
---	---

Aktuelle Mobilisation			
<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> Bettkante	<input type="checkbox"/> Mobstuhl	<input type="checkbox"/> Aufstehen

Katecholamine	
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Welche (Dosierung): <input type="text"/>	Wann zuletzt: <input type="text"/>



Sedierung

	<input type="checkbox"/> Propofol	<input type="checkbox"/> Sufenta	<input type="checkbox"/> Midazolam	<input type="checkbox"/> Esketamin	<input type="checkbox"/> Dexdor	<input type="checkbox"/> Clonidin	<input type="checkbox"/> andere
Dosis	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Infektiologie

antibiotische Therapie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nein
------------------------	-----------------------------	----------------------	-------------------------------

Isolationspflichtige Keime bekannt?

MRSA	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Lokalisation: <input type="text"/>
3/4 MRGN	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Lokalisation: <input type="text"/>
VRE	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Lokalisation: <input type="text"/>
ESBL	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Lokalisation: <input type="text"/>
Andere:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Lokalisation: <input type="text"/>
		Erreger: <input type="text"/>
Viren (SARS-CoV-2, Influenza, RSV, Noro)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Lokalisation: <input type="text"/>
		Erreger: <input type="text"/>

Vigilanz

RASS:	<input type="text"/>
Delir:	<input type="text"/>

Dialysepflicht

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wann zuletzt:	<input type="text"/>

Aktuelle Zugänge:		
Arterie	<input type="checkbox"/> radial <input type="checkbox"/> femoral <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links	Liegedauer: <input type="text"/>
ZVK	<input type="checkbox"/> V. jug. <input type="checkbox"/> V. fem. <input type="checkbox"/> V. subclavia <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links	Liegedauer: <input type="text"/>
pVK	<input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links	
<input type="checkbox"/> DK	<input type="checkbox"/> PuFi	Liegedauer: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Magensonde	<input type="checkbox"/> PEG / PEJ	

Dekubitus	<input type="checkbox"/> ja <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nein
Wunden	<input type="checkbox"/> ja <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nein

Ernährung	
Oral	<input type="checkbox"/> ja
PEG/PEJ/Magensonde	<input type="checkbox"/> ja
parenteral	<input type="checkbox"/> ja

Sozialanamnese, Mobilität vor Krankenhausaufenthalt, Sprachverständnis, sonstige Probleme: