

Anmeldung zum Weaning am Marienkrankenhaus Hamburg

Zentrum Innere Medizin - Pneumologie
Katholisches Marienkrankenhaus Hamburg

Tel.-Nr.: 040 – 2546-2281

Fax-Nr.: 040 – 2546-2280

Anmeldende Klinik:			
Name, Vorname d. Patienten:			
Geb.- Datum d. Patienten:			
zuständige/r Ärztin/ Arzt:			
Tel.-Nr.:			
Angehörige/r / Betreuer/in:			
Diagnose/n:			
Angaben zur Beatmung			
ET <input type="checkbox"/> TK <input type="checkbox"/>		Spontan-Atmung/Tag:	
Anlageart:	dil. <input type="checkbox"/> , chir. <input type="checkbox"/>	Gerät:	
angelegt am:		Beatmungs-Modus:	
letzter Wechsel:		beatmet seit:	
Extubationsversuche:			
Infektion/en			
<input type="checkbox"/> Infektionen zz. nicht bekannt			
Resistente Keime: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> , wenn Ja, welche(r)			
Dialyse Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>			
aktuelle Infektionen:			
Sonstiges:			

Datum:

Unterschrift: _____
(Ärztin/Arzt)