

## Anmeldung zum Weaning am Marienkrankenhaus Hamburg

Zentrum Innere Medizin - Pneumologie  
Katholisches Marienkrankenhaus Hamburg

Tel.-Nr.: 040 – 2546-2281

Fax-Nr.: 040 – 2546-2280

<b>Anmeldende Klinik:</b>					
<b>Name, Vorname d. Patienten:</b>					
<b>Geb.- Datum d. Patienten:</b>					
<b>zuständige/r Ärztin/ Arzt:</b>					
<b>Tel.-Nr.:</b>					
<b>Angehörige/r / Betreuer/in:</b>					
<b>Diagnose/n:</b>					
<b>Letzte BGA bei Beatmung:</b>	pH	pCO <sub>2</sub>	pO <sub>2</sub>	BE	HCO <sub>3</sub> <sup>-</sup>
<b>Letzte BGA bei assist. oder Spont.-Atmung</b>	pH	pCO <sub>2</sub>	pO <sub>2</sub>	BE	HCO <sub>3</sub> <sup>-</sup>
<b>Angaben zur Beatmung</b>					
ET <input type="checkbox"/> TK <input type="checkbox"/>		Spontan-Atmung/Tag			
Anlageart	dil. <input type="checkbox"/> , chir. <input type="checkbox"/>		Beatmungs-Modus		
angelegt am			beatmet seit		
letzter Wechsel			Vigilanz		
Extubationsversuche			Körpertemp.		
Körpergewicht			Katecholamine		
<b>Infektion/en</b>					
Infektionen Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> , wenn Ja, welche					
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)