



Meldeformular Beatmungs- und Weaningzentrum
am Franziskus Krankenhaus Linz

02-12FO-002L

Telefon: 02644 55-5140

FAX: 02644 55-5120

Datum:		Ärztlicher Ansprechpartner:	Anmeldende Klinik:
		Durchwahl:	
Patientenname (Aufkleber):		Alter: ____ Jahre	Geschlecht: <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m
		Größe: ____ cm/Gewicht: ____ kg	Aufnahmedatum: ____.
Diagnosen, Labor, Neurologie	Ursache der Beatmung / führende Grunderkrankung/en:	Aktueller Infektionsstatus:	
	Aktuelle Diagnosen:	MRSA: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein MRGN: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein SARS-Cov2-PCR <input type="checkbox"/> pos <input type="checkbox"/> neg Bitte aktuelle PCR vor Verlegung!	
	Pneumologische/Kardiologische Vorerkrankungen:	Andere Problemkeime?	
	Echobefund:	Dekubitus: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	Ernährung: <input type="checkbox"/> enteral <input type="checkbox"/> parenteral seit ____.	Orientierung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> teilw.	
	Labor: Hb ____ g/dl Krea ____ mg/dl CRP: ____ (Norm ____)	Kooperation: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> teilw.	
Beatmung, Intensivstation	Invasive Beatmung seit: ____.	ZVK: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	Zahl der Reintubationen: n= ____	Arterie: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	Wie lange kann der Patient spontan atmen? ____ Std. tgl. (z.B. Feuchte Nase oder ASB<10 mmHg)	Katecholamine: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	Beatmungszugang: Tubus <input type="checkbox"/> Trachealkanüle <input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche?	
	Wenn Tracheotomie, wann: ____.	Analgesiedierung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	Aktueller Beatmungs-Modus: ____	Wenn ja, womit?	
	Drücke (IPAP, EPAP/PEEP): ____/____mmHg	Dialyse/CVVH: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	FiO ₂ : ____	Aktuelle antiinfektive Therapie:	
	BGA u. Beatmung: pH ____, pO ₂ ____, pCO ₂ ____mmHg		
	BGA spontan: pH ____, pO ₂ ____, pCO ₂ ____mmHg		

Bitte Formular an o.g. FAX-Nummer versenden, telefonische Rückmeldung erfolgt kurzfristig!

Bei Änderung des Anfragestatus bitte ebenfalls kurze Mitteilung!

Bei Verlegung bitte mitgeben: Röntgen-CD, relevante mikrobiologische Befunde.