



**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!  Andere Problemkeime?  Dekubitus: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  Orientierung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> teilw. Kooperation: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> teilw. CIP / CIM: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein ECOG vor Erkrankung: Gesetzl. Betreuung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Beatmung, Intensivstation	Pneumologische/Kardiologische Vorerkrankungen:		
	Echobefund: Ernährung: <input type="checkbox"/> enteral <input type="checkbox"/> parenteral seit ____.		
	Labor: Hb ____ g/dl Krea ____ mg/dl CRP: ____ (Norm ____)		
	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 Wenn ja, welche?	
	Beatmungszugang: Tubus <input type="checkbox"/> Trachealkanüle <input type="checkbox"/>	Analgesiedierung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, womit?	
	Wenn Tracheotomie, wann: ____.	Dialyse/CVVH: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	Aktueller Beatmungs-Modus: ____	Aktuelle antiinfektive Therapie:	
	Drücke (IPAP, EPAP/PEEP): ____/____ mmHg		
	FiO <sub>2</sub> : ____		
	BGA u. Beatmung: pH ____, pO <sub>2</sub> ____, pCO <sub>2</sub> ____ mmHg		
	BGA spontan: pH ____, pO <sub>2</sub> ____, pCO <sub>2</sub> ____ 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.**