**ANMELDUNG ZUM WEANING (RESPIRATORENTWÖHNUNG) PETRUS KH WUPPERTAL**

**ODER ZUR EINLEITUNG EINER NICHT-INVASIVEN BEATMUNG**

per Fax an 0202 299-2309

Nach Anmeldung des Patienten werden wir Sie werktags innerhalb von 24 Stunden kontaktieren. Es können auch Patienten aufgenommen werden, die eine schlechte Prognose haben von der Beatmung entwöhnt zu werden.

**Kontaktdaten der anmeldenden Klinik:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Klinik, Abteilung** |  |
| **Arzt** |  |
| **Telefon** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Patientenname** |  |
| **Geburtsdatum** |  |
| **Krankenversicherung** |  |

**Beatmung:** □ intubiert, □ Dilat.tracheotomie, □ chirurg. Tracheostoma, □ nicht-invasiv

**Beatmet seit wann**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Datum der ersten Beatmung)

FiO2 \_\_\_\_\_\_\_\_, IPAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_, EPAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_, Fq/min \_\_\_\_\_\_

**Hauptgrund für die invasive Beatmung**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Zutreffendes bitte Einkreisen (Kommentar):*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Multiresistenter Erreger | nein | ja |
| Dialyse | nein | ja |
| Katecholamintherapie | nein | ja |
| Körpergewicht (kg) |  | |