

<input type="checkbox"/> Weaning		<input type="checkbox"/> Frühreha	
Anmeldende Klinik		Name	
Ort		Vorname	
Behandelnder Arzt/Ärztin		geboren	
Vorwahl	Telefon	Fax	Wohnort
Betreuung	Gewicht in kg ca:		
Hauptdiagnosen (weitere Diagnosen o. Kommentare)		Nebendiagnose (weitere Diagnosen o. Kommentare)	
<input type="checkbox"/> COPD <input type="checkbox"/> Skoliose <input type="checkbox"/> Post-Tbc <input type="checkbox"/> Neuromuskulär <input type="checkbox"/> Thorax-OP <input type="checkbox"/> Adipositas <input type="checkbox"/> Herzinsuff.		<input type="checkbox"/> KHK <input type="checkbox"/> VHF <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Defi <input type="checkbox"/> Herzinfarkt <input type="checkbox"/> Niereninsuff <input type="checkbox"/> pAVK <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Schlafapnoe	
Neurologie und Psyche	<input type="checkbox"/> voll orientiert <input type="checkbox"/> teilweise orientiert <input type="checkbox"/> nicht orientiert <input type="checkbox"/> delirant	<input type="checkbox"/> Depression <input type="checkbox"/> Epilepsie <input type="checkbox"/> Zwerchfellparese <input type="checkbox"/> Schluckstörung <input type="checkbox"/> Apoplex <input type="checkbox"/> Stimmbandparese	<input type="checkbox"/> PNP/CIP <input type="checkbox"/> hypox. Hirnschaden <input type="checkbox"/> Demenz <input type="checkbox"/> Parkinson <input type="checkbox"/> Apoplex <input type="checkbox"/> Alkoholabusus
	Bartel Index		
Therapie/Verlauf			
<input type="checkbox"/> Tubus <input type="checkbox"/> TK <input type="checkbox"/> NIV <input type="checkbox"/> Spontan	<input type="checkbox"/> chirurg. Tracheostoma	O ₂ -Gabe	Wie oft wird abgesaugt ca. <input type="text"/> x pro Tag
Intubation am	<input type="checkbox"/> Punktions- Tracheostoma	pCO ₂	mmHg Sekret eitrig? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Tracheostoma am			(Assist.) Spontanatmung <input type="checkbox"/> Min. <input type="checkbox"/> Std.
Beatmungsmodus	Beatmungsdrücke		
	Inspiratorisch	FiO ₂	
PEEP			
Mikrobiologie: Letzte relevante Kulturergebnisse		Datum	Laufende Antibiose, Antimykotika, Virostatika
MRE	<input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> VRE <input type="checkbox"/> 3MRGN <input type="checkbox"/> 4MRGN <input type="checkbox"/> ESBL <input type="checkbox"/> Clostridien		
mikrobiolog. Befund	<input type="checkbox"/> unklar <input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/> saniert <input type="checkbox"/> Besiedelung <input type="checkbox"/> Infektion		
Andere hygienerrelevante Befunde oder ggf. Kommentar zum Hygienestatus			
Sedierung/ Analgetika	<input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> mehrfach tgl. <input type="checkbox"/> regelmäßig <input type="checkbox"/> tags <input type="checkbox"/> nachts <input type="checkbox"/> durchgehend	<input type="checkbox"/> bei Unruhe <input type="checkbox"/> bei Schmerzen <input type="checkbox"/> bei Dyspnoe	<input type="checkbox"/> Benzodiazepin <input type="checkbox"/> Morphin <input type="checkbox"/> Hypnotikum <input type="checkbox"/> Neuroleptikum <input type="checkbox"/> Clonidin
	Ggf. nähere Infos		
Ernährung	<input type="checkbox"/> oral <input type="checkbox"/> nasogastrale Sonde <input type="checkbox"/> PEG-Sonde <input type="checkbox"/> parenteral <input type="checkbox"/> Aspirationsgefahr		
Ausscheidung	<input type="checkbox"/> Harninkontinenz <input type="checkbox"/> Transurethraler DK <input type="checkbox"/> suprapub. DK <input type="checkbox"/> Stuhlinkontinenz <input type="checkbox"/> Anus Praeter		
	ml/Tag _____ <input type="checkbox"/> Dialyse <input type="checkbox"/> CVVHF <input type="checkbox"/> CVVHD		
Dekubitus/spez. Lagerung			
Wie weit ist der Pat. Mobilisiert?	<input type="checkbox"/> Bett <input type="checkbox"/> Bettkante <input type="checkbox"/> Sessel <input type="checkbox"/> Stand <input type="checkbox"/> hoher Gehwagen <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> voll mobil		
Sonstige Bemerkungen, spezielle Therapieformen			
Datum		Unterschrift	