



## Medizinische Klinik III

Chefarzt Prof. Dr. Budweiser  
OÄ Fr. Dr. Lenherr

### Anmeldeformular für die Pneumologische Intensivstation

Bitte dieses Formular per FAX senden an: 08031- 365 – 4829

Ansprechpartner	Kontakt
Pneumologische Intensivstation	08031- 365 - 7140
Stationsarzt	08031- 365 - 6741
OÄ Dr. K. Lenherr	08031- 365 - 6706
CA Prof. Dr. S. Budweiser	08031- 365 - 7101

Verlegende Klinik		Patient	
Name		Name, Vorname	
Straße		Geb.-Datum	
PLZ/Stadt		Straße	
Zuständiger Arzt		PLZ/Stadt	
Telefon		Telefon	
Fax		Angehöriger	
eMail		Telefon	
		Betreuung	
		Größe	Gewicht

Diagnosen	
1.	5.
2.	6.
3.	7.
4.	8.

Grund der Verlegung

Bewusstsein, Hämodynamik
RASS:
Sedierung (Medikation, Dosierung):
Katecholaminbedarf (Medikation, Dosierung):
RR/HF:

Weaning/ Spontanatmung			
Datum der Aufnahme:	Datum der Intubation:		
Datum u. Art der Tracheostomie:			
NIV seit:	Spontanatmungsfähigkeit:		
Notwendigkeit zur Sekretabsaugung:	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> selten



Beatmung/ BGA		
Modus	AF	pH
PEEP	T <sub>insp</sub>	pCO <sub>2</sub>
FiO <sub>2</sub> od. L7min	I:E	pO <sub>2</sub>
IPAP / Vt		BE

Medikamente	
1.	5.
2.	6.
3.	7.
4.	8.

**Labor – bitte einen aktuellen Laborbefund beifügen**

Keimstatus	Lokalisation
MRSA	
ESBL	
VRE	
Sonstige	
Isolierung	

Zugänge/ Liegedauer	Tag	Tag
Arterie	femoralis	radialis
Venenzugang zentral	ZVK	Shaldon
peripher		
Urinableitung	BDK	SPK
Ernährung	MS	PEG

Status (bitte ankreuzen)					
Bewusstsein	<input type="checkbox"/> wach	<input type="checkbox"/> somnolent	<input type="checkbox"/> komatös	<input type="checkbox"/> sediert	
Orientierung	<input type="checkbox"/> orientiert	<input type="checkbox"/> desorientiert	<input type="checkbox"/> wechselnd		
Psyche	<input type="checkbox"/> kooperativ	<input type="checkbox"/> depressiv	<input type="checkbox"/> aggressiv	<input type="checkbox"/> suizidal	
Mobilität	<input type="checkbox"/> bettlägerig	<input type="checkbox"/> Bettkante	<input type="checkbox"/> Tagesstuhl	<input type="checkbox"/> geht mit Hilfe	
Schluckstörung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein			
Dekubitus	<input type="checkbox"/> ja Lokalisation:		<input type="checkbox"/> nein		
Dialyse	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> passager	<input type="checkbox"/> nein		

Anmerkungen:

Datum, Unterschrift: