

## Anmeldebogen für Beatmungspatienten

an Klinikum Stuttgart, Klinik für Pneumologie und Beatmungsmedizin, Kriegsbergstraße 60, 70174 Stuttgart

Bitte per Fax an 0711 278 74969

<b>Überleitende Klinik/Intensivstation:</b> (Stempel)  _____ _____ _____ <b>Ansprechpartner: Name, Telefon</b>	<b>Patientendaten:</b> (Patientendatenaufkleber) Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____ Anschrift _____ Krankenkasse _____	<b>Gesetzliche Betreuung:</b> <input type="checkbox"/> vorhanden <input type="checkbox"/> beantragt _____ <b>Name</b> _____ <b>Telefon</b> _____
--	--	---

**Aktuelle Diagnosen:**  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Bisherige Therapiemaßnahmen:** (z.B. Chirurg. Eingriffe, Antibiotikaregime etc.)  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

<b>Katecholamine:</b> <input type="checkbox"/> hohe Dosis <input type="checkbox"/> niedere Dosis <input type="checkbox"/> keine <b>Nierenersatztherapie:</b> <input type="checkbox"/> aktuell laufend <input type="checkbox"/> beendet <input type="checkbox"/> keine <b>Vigilanz:</b> <input type="checkbox"/> tiefe Sedierung <input type="checkbox"/> wach <input type="checkbox"/> Delir	<b>pCO<sub>2</sub> :</b> _____ mmHg unter Spontanatmung <b>pCO<sub>2</sub> :</b> _____ mmHg unter Beatmung <b>paO<sub>2</sub> :</b> _____ mmHg bei FiO <sub>2</sub> : _____
--	---

<b>Letzte Laborparameter:</b> CRP : _____ mg/l Hb : _____ g/dl Crea : _____ mg/dl	<b>Liegende Zugänge:</b> <input type="checkbox"/> ZVK <input type="checkbox"/> Trachealubus <input type="checkbox"/> Arterie <input type="checkbox"/> Trachealkanüle <input type="checkbox"/> Shaldon <input type="checkbox"/> PEG-Sonde	<b>Problemkeime nachgewiesen:</b> <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> _____ MRGN-Keim <input type="checkbox"/> Pseudomonas <input type="checkbox"/> Clostridien <input type="checkbox"/> sonstige: _____
--	---	--

**Führende Ursachen der zur Beatmung führenden Ateminsuffizienz:** (ggf. Mehrfachnennung)

Postoperative ARI     Sepsis     AECOPD     OHS (akut auf chronisch)  
 ALI/ARDS     Pneumonie     Herzinsuffizienz     Neuromuskulär (akut auf chronisch)  
 Sonstige \_\_\_\_\_

**Beginn der Beatmung:** \_\_\_\_\_    **ggf. Datum der Tracheotomie:** \_\_\_\_\_  
**Wurden bereits Spontanatmungsversuche durchgeführt?**     Nein     Ja     maximale Dauer: \_\_\_\_\_  
**Letzte Beatmungseinstellungen:**     Druckvorgabe     Volumenvorgabe  
**Modus:**     Unterstützte Spontanatmung (z.B. CPAP/PSV)     Assiiert-kontrollierte Beatmung (z.B. (a)PCV)

<b>Sonstige Angaben:</b> _____ _____ _____	<b>Dekubitalulcera:</b> <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <b>Bariatrische Probleme:</b> <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <b>Körpergröße:</b> _____ cm <b>Körpergewicht:</b> _____ kg
---	--

**Ihre Ansprechpartner in der Klinik für Pneumologie und Beatmungsmedizin:**  
 Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. med. Martin Hetzel, Sekretariat Tel. 0711 278 74901, m.hetzel@klinikum-stuttgart.de  
 Oberarzt: Dr. med. M. Quitadamo, Tel. 0711 278 74912 oder Aufnahmetelefon: -74904 (ab 16:00 Uhr: -74927)