

Anfrage Übernahme auf Intensivstation

per Fax an: 0421 / 55 99 482

Datum: _____ Uhrzeit: _____

Verlegende Klinik: _____

Ansprechpartner (Telefon): _____

Aufnahme in Ihrer Klinik am: _____

Aktuell führende Diagnose: _____

Grund für die Übernahme: _____

Patientendaten

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Gewicht: _____ Krankenversicherung: _____

Nächster Angehöriger (Name und Telefonnummer): _____

Gesetzlicher Betreuer: nein
 ja (Name und Telefonnummer): _____

Infektionsstatus

Sars-CoV-2

Letzte PCR vom: _____ positiv negativ

Impfstatus: _____

MRSA MRGN VRE Clostridien

Sonstiges: _____

Co-Morbiditäten

Patient ist dialysepflichtig Delir Abhängigkeitserkrankung

Zugänge

ZVK Arterieller Zugang Shaldonkatheter

Atmung

Spontanatmend NIV Intubiert Trachealkanüle

FiO₂: _____ PEEP: _____

BGA

pH: _____ pO₂: _____ pCO₂: _____ Bikarbonat: _____ Laktat: _____

Katecholamine

Noradrenalin Laufrate: _____

Dobutamin Laufrate: _____

Adrenalin Laufrate: _____