

<b>KLINIKUM EMDEN</b> Hans-Susemihl-Krankenhaus gemeinnützige GmbH	<b>Datensatz</b> <b>Patientenübernahme</b>	Erstellt: D. Jarczak   J. Saathoff
		Version: 1.0
		Revision: 2017

Patientenname:  Geburtsdatum:

Straße:

PLZ /Ort:

Größe des Patienten:  cm    Gewicht:  kg    BMI:

Kontaktdaten Angehörige:

Verlegendes Krankenhaus/Station:

Ansprechpartner:

Durchwahl Telefon-Nr.:     Telefax-Nr.:

Geplanter Verlegungstermin:     Kostenträger:

Datum Aufnahme Krankenhaus:     Intensivstation:

**Diagnosen:**  
Zur Beatmung führende Grunderkrankung:   
Zur Beatmung führende aktuelle Diagnose:   
**Weitere Diagnosen:**

**Vorerkrankungen:**

Nikotin     ja     nein (PY?)     Alkohol     ja     nein  
Malignom     ja     nein    Diabetes     ja     nein  
Allergien     ja     nein

Details:

<b>KLINIKUM EMDEN</b> Hans-Susemihl-Krankenhaus gemeinnützige GmbH	<b>Datensatz</b> <b>Patientenübernahme</b>	Erstellt: D. Jarczak   J. Saathoff
		Version: 1.0
		Revision: 2017

**Mikrobiologie** (Antibiogramme beifügen):

3- / 4-MRGN nachgewiesen

ja  nein Datum:  Lokalisation:

MRSA

ja  nein Datum:  Lokalisation:

Keimnachweis Blutkulturen

Datum:  Keim:

Datum:  Keim:

Datum:  Keim:

Bisherige /  
aktuelle Antibiotika-Regimes:  
(Substanzen / wann?)

**Beatmung**

Aktueller Atemweg

oral intubiert Tubusgröße:  Datum Intubation:

Tracheotomie -  PDT  chirurgisch Datum Anlage:

Spontanatmung möglich

ja  nein wie lange:

Gerät:

kumulative Beatmungsdauer:

VCV

PCV

BIPAP

IPPV

FiO<sub>2</sub>

Freq.

V<sub>T</sub>

V<sub>E</sub>

I:E

PEEP

P<sub>max</sub>

P<sub>mean</sub>

ASB

Aktuelle BGA unter o. g. Beatmung:

pH

PaO<sub>2</sub>

PaCO<sub>2</sub>

HCO<sub>3</sub>

BE

Hb

SaO<sub>2</sub>

SvO<sub>2</sub>

Aktuelle BGA spontan, bei FiO<sub>2</sub>:

pH

PaO<sub>2</sub>

PaCO<sub>2</sub>

HCO<sub>3</sub>

BE

Hb

SaO<sub>2</sub>

SvO<sub>2</sub>

**Sedierung:**

Substanz:	<input type="text"/>	Dosis:	<input type="text"/>	Verwendung seit:	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	Dosis:	<input type="text"/>	Verwendung seit:	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	Dosis:	<input type="text"/>	Verwendung seit:	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	Dosis:	<input type="text"/>	Verwendung seit:	<input type="text"/>
Vigilanz (Ramsay):	<input type="text"/>				

**Zugänge:**

Venöser Zugang:	<input type="text"/>	Position:	<input type="text"/>	gelegt am:	<input type="text"/>
Arterieller Zugang:	<input type="text"/>	Position:	<input type="text"/>	gelegt am:	<input type="text"/>

**Aktuelle Katecholamintherapie:**

<input type="checkbox"/> Keine					
<input type="checkbox"/> Adrenalin		Dosis:	<input type="text"/>	Verwendung seit:	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Noradrenalin		Dosis:	<input type="text"/>	Verwendung seit:	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Dopamin		Dosis:	<input type="text"/>	Verwendung seit:	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Dobutamin		Dosis:	<input type="text"/>	Verwendung seit:	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Sonstige	<input type="text"/>	Dosis:	<input type="text"/>	Verwendung seit:	<input type="text"/>

**Hämodynamik**

MAP  ZVD  PAP  HZV  PCWP  Datum:

**Nierenfunktion**

HST  Kreatinin  Datum:

<input type="checkbox"/> CVVH(D)	<input type="checkbox"/> Dialyse	<input type="checkbox"/> Entzug	seit:	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Blasenkatheter	<input type="checkbox"/> suprapubischer Katheter	gelegt am:	<input type="text"/>	

Menge Spontanurin/h:

**Leberfunktion**

GOT  GPT  Bilirubin  CHE  Datum:

**Ernährung**

Enteral  Parenteral Kalorien/Tag:  Abgeführt zuletzt:

<b>KLINIKUM EMDEN</b> Hans-Susemihl-Krankenhaus gemeinnützige GmbH	<b>Datensatz</b> <b>Patientenübernahme</b>	Erstellt: D. Jarczak   J. Saathoff
		Version: 1.0
		Revision: 2017

**Dekubitalulcera:**

Lokalisation/ Ausdehnung:	<input type="text"/>	Abstrich Datum / Ergebnis:	<input type="text"/>
------------------------------	----------------------	-------------------------------	----------------------

**Labor (Datum):**

Hb	<input type="text"/>	Leuko	<input type="text"/>	Thrombozyten	<input type="text"/>	Quick/INR	<input type="text"/>
PTT	<input type="text"/>	ATIII	<input type="text"/>	Fibrinogen	<input type="text"/>	Albumin	<input type="text"/>
PCT	<input type="text"/>	CRP	<input type="text"/>	Total Protein	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Aktuelle Medikation:**

Datum:  Name:  Unterschrift:  Stempel:

Wir bitten um Vorabübermittlung eines vollständigen Verlegungsbriefes am Verlegungstag per Fax.  
 Desweiteren bitten wir um Mitgabe der vorliegenden Bildgebung per Datenträger (DVD/CD).

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>