

INTENSIVSTATION - SCHWERPUNKT WEANING

Patientenetikett

Krankenhausstempel

Ansprechpartner: \_\_\_\_\_ Telefon/Fax: \_\_\_\_\_/- \_\_\_\_\_

**Führende Diagnose/Grunderkrankung:**

---

---

**Weitere Diagnosen:**

- KHK/EF(%) \_\_\_\_\_       akute Niereninsuffizienz       Adipositas/BMI: \_\_\_\_\_  
 COPD       chronische Niereninsuffizienz       Dialysepflicht  
 Diabetes mellitus       Abusus: \_\_\_\_\_       sonstiges: \_\_\_\_\_

---

**Aktuelle respiratorische Situation:**

Intubiert seit: \_\_\_\_\_ Tracheotomiert seit: \_\_\_\_\_  dilatativ  chirurgisch

Beatmungsmodus: \_\_\_\_\_

Beatmungsparameter:  $F_iO_2$ : \_\_\_\_\_ PEEP: \_\_\_\_\_  $P_{insp}$ : \_\_\_\_\_

$P_{supp}$ (ASB/PPS,...): \_\_\_\_\_ AF: \_\_\_\_\_ Tidalvolumen: \_\_\_\_\_

**Aktuelle BGA:** pH: \_\_\_\_\_  $pCO_2$ : \_\_\_\_\_  $pO_2$ : \_\_\_\_\_ BE: \_\_\_\_\_  $HCO_3^-$ : \_\_\_\_\_

**Aktuelle Medikation:**

Katecholamine \_\_\_\_\_  Analgosegierung: \_\_\_\_\_

Antiinfektiva: \_\_\_\_\_  weitere: \_\_\_\_\_

---

**Angehörige/Bevollmächtigte:**

---

**Kontakt:** \_\_\_\_\_

**Bitte übersenden Sie uns bei Verlegung einen Arztbrief, aktuelle Labor- & mikrobiologische Befunde, radiologische Diagnostik sowie Krankenkassenkarte, Betreuungsunterlagen (in Kopie)**