Deutsche Gesellschaft für Pneumologie
und Beatmungsmedizin e.V.
Kompetenznetzwerk WeanNet

Universitätsmedizin
GREIFSWALD

B.1 Weaning/Beatmungsmedizin
Tel.: +49 (0)3834 86 80560 od.80518
Fax: +49 (0)3834 86 80570 od.80577
Email: alexander.heine@med.uni-greifswald.de

Patientenanmeldungsbogen Weaningzentrum

Anmeldedatum :	

Patientendaten

Name, Vorname:		**Geburtsdatum:**	
Angehörige:		**Telefonnummer:**	
Betreuung	☐ **Ja** ☐ **Nein**	**VSV**	☐ **Ja** ☐ **Nein**
Ehegattennotvertretungsrecht (§ 1358 BGB):		☐ **Ja** ☐ **Nein**	

Zuweiser/verlegende Klinik

Klinik/Ansprechpartner	
Rückrufnummer	

Basisdaten

Größe (cm):		**Gewicht (kg):**		**BMI (kg/m²):**	

Versorgung vor Krankenhausaufenthalt:	☐ **Selbstständig / eigene Häuslichkeit** ☐ **Pflegeheim / betreutes Wohnen** ☐ **Pflegegrad vorhanden**

Aktueller Intensivverlauf

Aufnahme am:		**Beatmungsindikation:** **(ErkrankungUrsache)**			
Beatmung seit:		**Beatmungsart:**	☐ **kontrolliert/assistiert** ☐ **assistiert** ☐ **noninvasiv** ☐ **invasiv**		
Extubationsversagen:	☐ **Ja** ☐ **Nein**	**Tracheotomie wann:**		Art:	☐ **dilativ** ☐ **chirurgisch** ☐ **kutanisiert**
Dialyse:	☐ **keine** ☐ **intermittierend** ☐ **kontinuierlich**	**Delir:** **Sedierung:**	☐ **Ja** ☐ **Nein** ☐ **Ja** ☐ **Nein**		
Keimbesiedlung:	☐ **Ja** ☐ **Nein** ☐ **MRGN** ☐ **MRSA** ☐ **VRE** ☐ **andere**	**Relevante Nebendiagnosen:**			

Wunschtermin der Übernahme / Aufnahme:

DIE DEUTSCHEN UNIVERSITÄTSKLINIKA®