

VL Anmeldebogen WEANING

Tel. / Fax: 08323 910 – 8159 / - 808964

E-Mail: pneumologie.weaning@klinikverbund-allgaeu.de



Klinikverbund
Allgäu

Anmeldende Klinik:	
Station:	
Kontaktperson Arzt / Tel.:	
Kontaktperson Atmungstherapeut / Tel.:	
Kontaktperson Pflege / Tel.:	
Faxnummer:	

Patientenaufkleber	Körpergröße (cm):
	Gewicht (kg):

Hauptdiagnosen		
Nebendiagnosen		
Beatmung seit:	Größe oraler Tubus: Größe Trachealkanüle: <input type="checkbox"/> Chir. <input type="checkbox"/> Dilativ	Letzter Trachealkanülenwechsel am:
Respirator:	Beatmungsform:	PEEP / FiO ₂
SBT (Spontanatemversuch)	<input type="checkbox"/> Ja wann? Erfolgreich ? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nein
Pinsp/ASB	künstliche Nase h/Tag: Assistierte Verfahren h/Tag:	AF/I:E

Labor aktuell		
pH:	pCO ₂ :	BE/HCO ₃ :

VL Anmeldebogen WEANING

Tel. / Fax: 08323 910 – 8159 / - 808964

E-Mail: pneumologie.weaning@klinikverbund-allgaeu.de



Klinikverbund
Allgäu

paO ₂ :	CRP:	PCT:
Infektiologie/Mikrobiologie:	(MRSA, VRE, MRGN, SARS-CoV2, Influenza, etc...)	

RASS:	Auffällige Neurologie? (ggf. Diagnostik mitgeben)
Spezialbett (wenn ja welches?) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Mobilisation (wenn ja wie weit, aktiv/passiv)

Dialyse (wenn ja wie häufig, ggf. Protokoll mitgeben)

Aktuelle Ernährung:

Schluckversuch positiv negativ

Spezielle Wundversorgung/Decubitus (wenn ja wie?):

Aktuelle Zugänge (ZVK, Magensonde etc.), inkl. letzter Wechsel:

Aktueller Katecholaminbedarf:

ja nein

wenn ja, welches Katecholamin in welcher Dosierung:

Sonstige Anmerkungen:

- **Aktuellen Therapieplan wenn möglich vorab zusammen mit dem ausgefüllten Anmeldebogen an unten genannte Emailadresse senden oder faxen**
- **Sollte bisher noch kein MRSA/ESBL Status erhoben sein, bitte vor einer Übernahme veranlassen.**

Vielen Dank !

Das Weaningteam der Klinik Immenstadt

Ersteller:	OÄ Dr. Kathrin Schumann-Stoiber	Freizeichner:	CA Prof. Dr. Christian Schumann
formal geprüft:	OE Jeannine Hsain	Freigabedatum:	05.03.2021
Version:	04	KV_VL Anmeldebogen Weaning ImmenstadtNeu080621., Ausdruck vom 08.06.2022, Seite 2 von 2	