MARIENHAUS KLINIKUM MAINZ
Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin
Anfrage zur Aufnahme von Extern
Formular zurück an ▶ Fax: 06131 5751517
Intensiv-Organisator: Tel.: 06131 575 831287

| | |
|---|---|
| Anfragende Klinik:<br>Ansprechpartner (T.-Nr.) TAG | Ansprechpartner (T.-Nr.) NACHT: |
| Pat.-Name:<br>Pat.-Vorname: | Geburtsdatum:<br>Gewicht: kg Körpergröße: cm |
| Angehörige | Betreuung: ja ☐ nein ☐ |
| Diagnose: | |
| Übernahmegrund: | Dringlichkeit: |

| | NEIN | JA | Bemerkungen |
|---|---|---|---|
| OP / Intervention erforderlich ? | | | wann: welche: |
| Organversagen ? | | | ☐ Atmung<br>☐ Nervensystem SOFA-Score aktuell _____Punkte<br>☐ Herz-Kreislauf-System<br>☐ Leber ☐ Gerinnung ☐ Niere |
| Kreislaufstabil ? | | | |
| Katecholamine ? | | | |
| Analgosedierung o. Bewusstlosigkeit ? | | | |
| Beatmung ? | | | Beatmung seit _____Tagen, aktuell kontrolliert ☐ spontan ☐<br>PEEP_____mbar PIP_____mbar $FiO_2$_____ P/F_____mmHg<br>$P_aCO_2$_____mmHg Entwöhnungstest positiv ☐ |
| Nierenersatz ? | | | akut kontinuierlich ☐ akut intermittierend ☐ chronisch ☐ |
| Antibiotikatherapie ? | | | |
| Problemkeime ? | | | |
| Isolationsmaßnahmen ? | | | |
| Antikoagulation ? | | | |
| Spezialbett / Therapiesystem / Matratze? | | | |
| Mobilisation ? | | | |
| Dekubitus ? | | | |
| Anlage: aktuelle Mikrobiologie? | | | |
| Anlage: aktuelle radiologische Befunde ? | | | Konventionell ☐ CT ☐ MRT ☐ |
| Anlage: aktuelle Laborwerte/BGA ? | | | |
| RÜCKÜBERNAHME zugesagt ? | | | |
| ANGEHÖRIGE / BETREUER informiert ? | | | |

Zugänge und Drainagen: Arterie ☐ ZVK ☐ Shaldon ☐ MS ☐ DK ☐
Sonstige:

Laufende Medikation (Perfusoren):

Sonstige Bemerkungen:

Datum der Anfrage

| | | | Anfragende/r Name | Anfragende/r Unterschrift |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |