

Übernahme-Anforderungsbogen Interdisziplinäre Intensivstation

Patientendaten/-aufkleber	Ansprechpartner: Telefon:
	Angehörige: Telefon:

Diagnose:

Verlegungsgrund:

Aktueller Zustand

Größe	cm	Gewicht	kg
Vigilanz	<input type="checkbox"/> analgosediert		RASS:
Zugänge	<input type="checkbox"/> ZVK <input type="checkbox"/> arterieller Zugang <input type="checkbox"/> Shaldon <input type="checkbox"/> DK <input type="checkbox"/> Magensonde <input type="checkbox"/> Thoraxdrainagen		<input type="checkbox"/> Demerskath. <input type="checkbox"/> SPK <input type="checkbox"/> PEG
			seit:
			seit:
			seit:
			seit:
			seit:
			seit:

Labor: bitte aktuelles Labor mitschicken

Katecholamine	Präparat:	Dosierung:
	Präparat:	Dosierung:

Antibiotische Vortherapie:

Antibiotikum	Zeitraum

Problemkeime:

	pos. (Datum)	neg. (Datum, Anzahl)	nicht getestet
MRSA			
VRE			
MRGN			
C. difficile			

Atemweg, Beatmung

Intubiert seit: Tracheostoma seit: ☐ nicht intubiert

<input type="checkbox"/> Spontan	FiO2:	Pinsp:
<input type="checkbox"/> BIPAP	Vt:	PEEP:
<input type="checkbox"/> CPAP/ASB	MV:	ASB:
<input type="checkbox"/> IPPV	Atemfreq.:	
<input type="checkbox"/> NIV	Spontanatmung h/Tag	

pH: pO2: mmHg pCO2 mmHg BE: mmol/l

Gewünschte Übernahme Datum: Uhrzeit:
☐ so bald wie möglich

Kontakt Tel. Anästhesie 02041 15-5399 (-5333)
 Tel. Innere Medizin 02041 15-5599 (-5504)
 Fax 02041 15-1965

Wichtig: Bitte um erneute telefonische Kontaktaufnahme unmittelbar vor Transport.