

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		seit:
		<input type="checkbox"/> arterieller Zugang		seit:
		<input type="checkbox"/> Shaldon	<input type="checkbox"/> Demerskath.	seit:
		<input type="checkbox"/> DK	<input type="checkbox"/> SPK	seit:
		<input type="checkbox"/> Magensonde	<input type="checkbox"/> PEG	seit:
		<input type="checkbox"/> Thoraxdrainagen		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:** **O** nicht intubiert

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

Gewünschte Übernahme Datum: Uhrzeit:
O 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.