

Weaningzentrum Dortmund & Lünen

Ansprechpartner:

Dr. med. Lars Heining, Chefarzt

Standort Dortmund:

Dr. med. Simon Larrosa-Lombardi, ltd. Arzt

Salem Elmahjoub, ltd. Oberarzt

Standort Lünen:

Markus Hildebrand, ltd. Oberarzt

Knappschaft Kliniken Westfalen
GmbH

Am Knappschafts Krankenhaus 1

44309 Dortmund

E-Mail: info.westfalen@knappschaft-kliniken.de

Internet: www.klinikum-westfalen.de

**Klinik für Pneumologie, Intensivmedizin und
Schlafmedizin**

Knappschaft Kliniken Dortmund

Chefarzt Dr. med. Lars Heining

Sekretariat: 0231 922-1373

Telefax: 0231 922-1375

E-Mail: lars.heining@knappschaft-kliniken.de

Aufnahmebogen (bitte per Fax an 0231 922-1375)

Ziel unserer Weaning-Einheit ist es, Patienten mit Weaning-Problemen effizient helfen zu können.

Damit wir eine detaillierte Planung vornehmen können, bitten wir Sie um einige Daten und Beantwortung dieser 2 Seiten. Wir bitten zusätzlich um Kopien der letzten Arztbriefe.

Daten der anmeldenden Klinik/des anmeldenden Arztes

Name der Klinik/Fachrichtung: _____

Ärztliche AnsprechpartnerInnen: _____

Telefon: _____ Fax: _____

Gewünschtes Verlegungsdatum: _____

Patient:

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Geschlecht: Männlich ☐ Weiblich ☐

Wohnort des Patienten: _____

Krankenkasse/Zusatzvers.: _____

Wohnort vor Erkrankung: ☐ allein ☐ mit Familie ☐ Pflegeheim ☐ obdachlos

Nächster Angehöriger, Kontakt: _____

Betreuung: Ja ☐, Wer/Kontakt? _____ Nein ☐ Vorsorgevollmacht: Ja ☐ Nein ☐

Medizinische Anamnese:

Als Ursache der Erkrankung führende Grunderkrankung(en): _____

Als Ursache der Beatmung führende aktuelle Diagnose(n): _____

Relevante Nebendiagnosen (insbes. Kardiovaskulär): _____

Beatmungsbeginn: _____

Beatmungszugang: Tubus ☐ Tracheostoma ☐ (dilativ ☐ chirurgisch ☐ seit: _____

Beatmungsmodus: _____

FiO₂: _____ AF: _____ PEEP/EPAP: _____ IPAP: _____

Spontanatmung: ☐ nein ☐ ja, Dauer: _____

Aktuelle Blutgasanalyse (kapillär/arteriell) spontan/bei Beatmung:

pO₂: _____ pCO₂: _____ pH: _____

HCO₃: _____ SaO₂: _____

ID	Version	Freigeber	Freigabe am	Gültig bis
FO-07337	07	Dr. med. Lars Heining	06.07.2026	05.07.2029

Anmeldung Weaning

WE WeaningZentrum

Checkliste/Formular

Aktueller medizinischer Befund:

Körpergewicht: _____ kg

Körpergröße: _____ cm

Aktuelles Labor: Hb: _____ g/dl

Krea: _____ CRP: _____

Vigilanz:

Kooperativ, orientiert, ruhig ☐ Verwirrt/agitiert ☐

Schläfrig, leicht erweckbar ☐ Reaktion auf lautes Ansprechen ☐

Komatöser Pat. ☐

Analgosedierung Ja ☐, womit? _____ Nein ☐

Aktuelle arterielle Zugänge: _____ seit _____

Aktuelle venöse Zugänge: _____ seit _____

Katecholaminbedarf Ja ☐ Nein ☐ z. Zt. mit _____

Blasenkatheter Ja ☐ Nein ☐

Dialysepflichtigkeit Ja ☐ Nein ☐

Dekubitus: _____

Problemkeime: MRSA ☐ VRE ☐ Clostridium diff. ☐ Acinetobacter baumannii ☐

3 MRGN ☐ 4 MRGN ☐ sonstige: _____

ID	Version	Freigeber	Freigabe am	Gültig bis
FO-07337	07	Dr. med. Lars Heining	06.07.2026	05.07.2029

Seite 2 von 2