|  |
| --- |
| Bitte das Formular (am Computer) ausfüllen, ausdrucken und **per Fax XXXXXX**Anschließend bitte **anrufen unter (XXXX)**  |

**Übernahmeanfrage**



|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Anfordernde Klinik | Datum und Uhrzeit | Telefon (inkl. Durchwahl) |
| Name der Klinik | Adresse inkl. Anfahrtshinweise |
| Station |
| Ansprechpartner |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Stamm-daten | Nachname (Initiale) | Vorname (Initiale) | Geburtsdatum | Geschlecht□ Männl. □ Weibl. □ Divers |
| Größe | Gewicht | Kostenträger |

|  |  |
| --- | --- |
| Anamnese | Akute Anamnese (Symptombeginn/ Aufnahme Intensivstation / Intubation am) |
| Vorerkrankungen (insbes. Infektion/ Malignom/ OP/ Immunsupp./kardiale und pulmonale) |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Neuro + Sedierung | Aufwachversuch | Pupillen | RASS-Soll | RASS-Ist |
| CT-Schädel |
| Sedierende Medikamente inkl. Dosis |
|  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Beatmung und BGA | Beatmungstag | Gerät | Modus | pH | Laktat |
| FiO2 | Pmax | PEEP | Lagerungstherapie | pCO2 |
| Tidalvolumen | Atemfrequenz | AMV | I:E | Spontanatmung□Ja □Nein | Relaxierung□Ja □Nein | pO2 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Infektiologie | Leukozyten | Erreger |
| CRP |
| PCT | Antiinfektiva |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Hämodynamik | MAD | ZVD | Katecholamintherapie

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Substanz | Dosis | Einheit |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

 |
| Rhythmus | HF |
| PAP |
| ECHO | TAPSE | Weitere Befunde |
| LVEF |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Labor | Hb | Thrombozyten |  |
| Quick | pTT | AT III |
| Bilirubin | AST | ALT |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Niere | Kreatinin | Dialyse |
| Harnstoff | Diureseml/d |
| Base-Excess | Bilanz (letzte 24h) |
|  | Ggf Pufferung |

|  |
| --- |
| Datum, UnterschriftDatum/Unterschrift |