***Weaning Knappschaftsklinikum Saar***

Ansprechpartner:

CA Dr. med. Özkan Kalem

Ltd. OA Dr. med. Ulf Such

Ansprechpartner:

CA Dr. med. Özkan Kalem

Ltd. OA Dr. med. Ulf Such

Knappschaftsklinikum Saar

An der Klinik 10

66280 Sulzbach

E-Mail: [innere.sulzbach@kksaar.de](mailto:innere.sulzbach@kksaar.de)

Internet: [www.kksaar.de](http://www.kksaar.de)

**Klinik für Innere Medizin, Pneumologie, Intensivmedizin**

**Chefarzt Dr. med. Özkan Kalem**

Chefarzt: 06897 574 - 3100

Sekretariat: 06897 574 - 1101

Telefax: 06897 574 - 2101

E-Mail: [Oezkan.Kalem@kksaar.de](mailto:Oezkan.Kalem@kksaar.de)  
 [Ulf.Such@kksaar.de](mailto:Ulf.Such@kksaar.de)

**Aufnahmebogen** (bitte per Fax an 06897 574 - 2101)

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 Ausfüllung und Rücksendung.

**Daten der anmeldenden Klinik/des anmeldenden Arztes**

Name der Klinik/Fachrichtung   
Name des Arztes:   
Anschrift: PLZ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Stadt:   
 Straße:   
Telefon: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fax:

**Patient:**

Name:

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Geschlecht: Männl. 🞏 Weibl. 🞏

Wohnort des Patienten: PLZ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Stadt:

Straße:

Beruf des Patienten: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Krankenkasse:

Nächster Angehöriger:

Patientenverfügung Ja 🞏 Nein 🞏

Betreuung eingerichtet Ja 🞏 Nein 🞏

Vorsorgevollmacht Ja 🞏 Nein 🞏

Wenn ja, Kontaktdaten \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Versorgung zu Hause: selbständig 🞏 durch Angehörige 🞏  
 durch Pflegedienst 🞏 nicht möglich 🞏

Allgemeinzustand vor Akuterkrankung:

keine Einschränkung 🞏  
geringe Einschränkung ohne Hilfebedürftigkeit 🞏  
geringe Einschränkungen mit Hilfebedürftigkeit 🞏  
Hilfe notwendig beim Ankleiden und Essen 🞏  
komplett hilfebedürftig 🞏

**Medizinische Anamnese:**

Wir bitten um Kopie älterer Arztbriefe und aktuelle Befunde.

Vorerkrankungen/Operationen:   
Akutanamnese: Diagnose, die zur   
Beatmung führte / Intubationsdatum:   
Beatmungsbeginn:   
Beatmungszugang: Tubus 🞏 Tracheostoma 🞏 (dilatativ 🞏 chirurgisch 🞏) seit:

Derzeitige Beatmungssituation: Beatmungsmodus:

FiO2: AF:   
PEEP/EPAP: IPAP:

**Aktuelle Blutgasanalyse:**

paO2: paCO2: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ pH: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
HCO3: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SaO2: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Aktueller Medizinischer Befund:**

Körpergewicht: \_\_\_\_\_\_\_\_ kg Körpergröße: \_\_\_\_\_\_\_\_ cm Spezialbett: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Aktuelles Labor: Hb: \_\_\_\_\_\_\_ g/dl Na: \_\_\_\_\_\_\_ mmol/l K: \_\_\_\_\_\_\_ mmol/l  
 Krea: \_\_\_\_\_\_\_ Harnst: \_\_\_\_\_\_\_ GOT: \_\_\_\_\_\_\_  
 GPT: \_\_\_\_\_\_\_ CRP: \_\_\_\_\_\_\_ ………..: \_\_\_\_\_\_\_

**Mikrobiologische Diagnostik:**

Isolation: Ja 🞏 Nein 🞏 Wenn ja, wegen: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bronchialsekretdiagnostik: Datum: Befund:   
Abstrich Nase: Datum: Befund:   
Abstrich offene Wunden: Datum: Befund:   
Clostridien: Datum: Befund:

Blutkulturen: Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Befund: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sonstiges: Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Befund: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bisherige / aktuelle Antibiosen: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Bewusstseinszustand:**

wach + voll orientiert 🞏Kooperativ, orientiert, ruhig 🞏  
schläft, leicht erweckbar 🞏 Reaktion auf lautes Ansprechen 🞏  
komatöser Pat. ohne Reaktionen 🞏Delir 🞏

Blutdruck: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mmHg Pulsfrequenz: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Schl/min  
Aktuelle arterielle Zugänge: seit \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Aktuelle venöse Zugänge: seit \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Katecholaminbedarf Ja 🞏 Nein 🞏 z. Zt. mit   
Darminkontinenz Ja 🞏 Nein 🞏 Blasenkatheter Ja 🞏 Nein 🞏  
Dialysepflichtigkeit Ja 🞏 Nein 🞏 HbsAG Ja 🞏 Nein 🞏  
HIV-positiv Ja 🞏 Nein 🞏 AK HCV Ja 🞏 Nein 🞏  
HIT-positiv Ja 🞏 Nein 🞏  
Dekubitus:

**Weaning-Versuche:** Zahl der Re-Intubationen:

Angewandte Weaning-Methode: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Vermuteter Grund des Scheiterns: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
Motivation des Patienten sehr gut 🞏 gut 🞏  
 weniger gut 🞏 gar nicht 🞏  
Stimmung des Patienten euphorisch 🞏 adäquat 🞏  
 weinerlich 🞏 depressiv 🞏

Pflegebedürftigkeit voll 🞏 teils 🞏 gering 🞏  
Mobilisation null 🞏 Bettkante 🞏 Stand/Gehen 🞏

Weitere Informationen / Bemerkungen: