

**ANMELDUNG Station 29**

**Neurologische Intensivmedizin, Respiratorentwöhnung und  
Beatmungsfrührehabilitation**

**Bitte faxen Sie dieses Formular ausgefüllt an: 0441/236-715**

---

**Zuweisendes Krankenhaus:**

Name

Adresse

**Ansprechpartner:**

Name

Profession

Tel.

Fax

.....  
Name und Unterschrift des Anmelders

---

**Angaben zum Patienten**

Name

Geb.-Datum

Wohnort

Kostenträger

---

**Betreuung und Angehörige**

Liegt eine gesetzliche Betreuung/Vollmacht vor?  Ja  Nein

Angehöriger bzw. gesetzlicher Betreuer  
Name

Tel.

**Patientenverfügung:**  Ja  Nein

Inhalt

---

Patientenname:

Geb.-Datum:

Diagnosen

Vor- und Begleiterkrankungen

--	--

Besonderheiten (z.B. Notwendige Diagnostik, Allergien, instabile Frakturen,...)

<b>Dekubiti (Lokalisationen, Grad):</b>
<b>Wunden und Wundzustände:</b>

**Beatmet seit**

Beatmungsmodus:

Beatmungsparameter:

Pinsp. :

Pexp.:

FiO2:

Feuchte-Nase-Zeiten:

\_\_\_\_\_ h tgl.

**Zugänge (bitte ankreuzen)**

	<u>Datum</u>		<u>Datum</u>
Intubiert		Magensonde	
Tracheotomie		Nasogastral	
Perkutan		Nasojejunal	
Chirurgisch		Chirurgisch	PEG
Zentralvenöser Zugang			PEJ
Shaldon-Kath.		Blasenkatheter	
Arterieller Zugang		Transurethral	
		Suprapubisch	

**Patientenname:**

**Geb.-Datum:**

**Nierenersatztherapie**  
Modus

Ja

Nein

**Katecholaminpflichtigkeit (falls ja, bitte Medikamente und Dosierung(en) angeben)**

Ja

Nein

**Mikrobiologie**

Letzte mikrobiologische Ergebnisse mit Entnahmeort und Datum  
(bitte Antibiogramme, falls vorhanden, beifügen/faxen)

**Keime**

MRSA

MRGN

Acinetobacter

Clostridium difficile

Sonstiges

**positiv**

  
  
  

**negativ**

  
  
  

**Antibiose**

(Medikament(e) seit wann)

**Anstehende Eingriffe**

**Verlegungsfähig ab**

**Art der voraussichtlichen Zuweisung/des Transportes**

**Wir danken für Ihre Angaben, die sämtlich ärztlich und datenschutzrechtlich vertraulich behandelt werden! Unsere Antwort folgt so schnell wie möglich!**

**Bitte faxen Sie dieses Formular ausgefüllt an: 0441/236-715**

**Telefonische Nachfragen zur Anmeldung an: 0441/236-402**

**Prof. Dr. med. Christian Byhahn**

Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin  
und Schmerztherapie

**Dr. med. Martin Groß**

Klinik für Neurologische Intensivmedizin  
und Frührehabilitation