

Klinikdaten abgebende Klinik:

Klinik:	
Station	
Ansprechpartner:	
Telefon:	

Patientendaten:

Name (Nachname, Vorname):			
Geburtsdatum:		Geschlecht:	Bitte Geschlecht wählen
Körpergewicht (kg):		Körpergröße (cm):	
Angehörige / Betreuer /Kontakt:			

Diagnosen / aktuelle Therapien:

Hauptdiagnosen:	
Relevante Nebendiagnosen:	
Bisher durchgeführte Therapien:	

(Analgo-)Sedierung:

(Analgo-)Sedierung:	Wählen Sie ein Element aus
Wenn nein: GCS (bitte Wert angeben)	Wählen Sie ein Element aus
Wenn ja: RASS (bitte Wert angeben)	Wählen Sie ein Element aus
Sedativa (Bitte Dosierung angeben):	

Beatmung / Metabolik / Zugänge:

Beatmung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja: Beatmungsform?	
Datum Intubation:		Datum Tracheotomie:	
Größe Tubus/TK (ID):			
FiO ₂ :		Metabolische Auffälligkeiten? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
PEEP (cm H ₂ O/mmHg):		Wenn ja, welche?	
pO ₂ (mmHg):		Installierte Zugänge (Arterie/ZVK/PVK etc.)	
pCO ₂ (mmHg):			

Hämodynamik:

MAP (mmHg):		Vasopressoren? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
HF (/min):		Wenn ja, welche? (bitte Dosierung angeben)
Hb (g/dl):		
Lac (mmol/l):		

Diurese:

ANV: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Kontinuierliche Dialyse: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
--	--

Infektiologie:

SARS-CoV-2 (COVID 19):	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	Datum PCR:	
MRSA / MRGN / VRE:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Erreger:	
Andere Erreger:		Ort:	
Bisherige antiinfektive Therapie:			

Sonstige Anmerkungen:

Bitte die bereits erfolgte Bildgebung per Datentransfer (PACS) übertragen

Zwingend zu befolgendes Procedere für alle abgebende Kliniken:

Bitte vollständig ausgefülltes Formular an aufnahme@evkol-trauma.de absenden **UND** danach obligat den unfallchirurgischen Dienst ARCUS 1 (Tel.: 0441-236-2221) anrufen!