

Bei Übernahme Anfrage bitte dieses Formular ausfüllen und E-Mail an: aufnahme@evkol-trauma.de						
Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege, zur Planung der Auf-/Übernahme Ihres Patienten, bitten wir Sie um folgende Informationen:						
Verlegende Klinik:						
Ansprechpartner:			Rückrufnummer:			
Verlegungs-Datum:		BG-Fall ?	SAV <input type="checkbox"/>	VAV <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Patient/Patientin		Geburtsdatum:		♀ <input type="checkbox"/>	♂ <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>
Name:		Körpergewicht (kg):		Körpergröße (cm):		
Vorname:		Betreuer:		Tel. Betreuer:		
Diagnosen:			Vorerkrankungen:			
Bisherige Maßnahmen:						
Ausstehende Therapie:						
Bisherige Diagnostik:		Trauma CT <input type="checkbox"/>	FAST <input type="checkbox"/>	Röntgen <input type="checkbox"/>	CT <input type="checkbox"/>	MRT <input type="checkbox"/>
Radiologie Befunde übermittelt <input type="checkbox"/>		Aktueller Medikamentenplan beigelegt <input type="checkbox"/>				
Thrombozytenaggregationshemmer <input type="checkbox"/>		Vitamin K-Antagonisten <input type="checkbox"/>		DOAK <input type="checkbox"/>	Immunsuppression <input type="checkbox"/>	
Aktuelles Labor:			Mikrobiologie Befunde beigelegt <input type="checkbox"/>			
MRSA <input type="checkbox"/>	MRGN <input type="checkbox"/>	VRE <input type="checkbox"/>	ESBL <input type="checkbox"/>	saniert <input type="checkbox"/>	besiedelt <input type="checkbox"/>	Infekt <input type="checkbox"/>
Erreger & Lokalisation:						
SARS-CoV-2 (COVID 19):		positiv <input type="checkbox"/>	negativ <input type="checkbox"/>			
Bisherige antiinfektive Therapie:						
Übernahmeanfrage für:		Normalstation <input type="checkbox"/>	IMC <input type="checkbox"/>	ICU <input type="checkbox"/>	Bei gewünschter Übernahme auf ICU /IMC -> 2. Seite	

Bitte die bereits erfolgte Bildgebung per Datentransfer (PACS) übertragen

Anfrage zur Patientenübernahme/Verlegung

Klinik für Unfallchirurgie, Orthopädie und Sporttraumatologie
 Klinik für Interdisziplinäre Intensivmedizin

Formular bitte elektronisch ausfüllen

Bei gewünschter Übernahme auf die Intensivstation/IMC bitte Ausfüllen

(Analgo-)Sedierung:			
Wenn nein: GCS Wählen Sie ein Element aus.		Wenn ja: RASS Wählen Sie ein Element aus	
Sedativa (Bitte Dosierung angeben):			
Beatmung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Beatmungsform:
Intubation-Datum:	Tracheotomie-Datum:	Größe Tubus/TK (ID):	
FiO ₂ :	Metabolische Auffälligkeiten?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
PEEP (cmH ₂ O/mmHg):	Welche?		
pO ₂ (mmHg):	Installierte Zugänge	Arterie <input type="checkbox"/>	ZVK <input type="checkbox"/> PVK <input type="checkbox"/>
pCO ₂ (mmHg):	Andere:		
Hämodynamik			
MAP (mmHg):	Vasopressoren?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
HF (/min):	Welche? (Dosierung angeben):		
Hb (g/dl):			
Lac (mmol/l):			
Diurese	ANV	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
		(Kontinuierliche) Dialyse	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>