### Angaben zum Patienten, Zusendung bitte ausgefüllt vor Verlegung per Fax!

| Alter: | ________ | Betreuung eingerichtet: | ☐ ja / ☐ nein |
| Körpergröße: | ________ | Kontaktperson: | ____________________ |
| Körpergewicht: | ________ | Patientenverfügung: | ☐ ja / ☐ nein |

### Anamnese/ Diagnose/ zur Beatmung führende Erkrankung:

________________________

________________________

________________________

________________________

________________________

________________________

________________________

________________________

________________________

### Neurologie/ Vigilanz:

________________________

Allergien:

________________________

________________________

### Beatmung seit: ______.____._____. Intub./ Tracheot.(chir./dil.): CH: ______ seit: ______.____._____.

**Beatmungsmodus:**

☐ Spontanatmung: ☐ ja / ☐ nein Dauer: ______ h

**PaO2:** ______ mmHg  **PaCO2:** ______ mmHg  **Extrubations-Dekanülierungsversuche:** ☐ ja / ☐ nein

**FiO2:** ______ mmHg  **Beatm. Probleme:**

________________________

________________________

________________________

**Arterieller-Katheter:** Lage: ________ seit: ______.____._____.  **Katecholamine:** ☐ ja / ☐ nein

**Venöser-Katheter:** Lage: ________ seit: ______.____._____.

**Dauerkatheter/ SPK:** Lage: ________ seit: ______.____._____.

**Ernährungssonde:** MS: ☐ ja / ☐ nein  **PEG:** ☐ ja / ☐ nein seit: ______.____._____.

**Aktuelle Ernährung:**

________________________

**Schluckstörung:** ☐ ja / ☐ nein

**Sonstige Drainagen:**

________________________

**Dialysepflicht:** ☐ ja / ☐ nein

**Hautschädigungen/ Dekubiti:** ☐ ja / ☐ nein  **Lokalisation:**

________________________

________________________

**Mobilisierung:**

________________________

**Wundversorgung:**

________________________

**Pflegerelevante Diagnosen**

________________________

________________________

**Multiresistente Erreger/ Keine:**

________________________

________________________

**Aktuelle Antibiose:**

________________________

________________________

**Antrag auf Reha gestellt:** ☐ ja / ☐ nein  **Datum der Antragstellung:** ______.____._____.

**Pflegegrad:** ______  **Name der Einrichtung/ Tel.:**

________________________

________________________