Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin

Anfrage zur Aufnahme von Extern

Bitte zurück an ->Fax: 06131 5751517

Intensivorganisator: Tel.: 06131 575 831287

Katholisches Klinikum Mainz

Anfragende Klinik: **Ansprechpartner (Tel.Nr.) Tag:** **Nacht:**			
Pat.-Name: **Geb.Datum:** **Pat.-Vorname:** **Gewicht:** **Größe:**			
Angehörige/Betreuung:			
Diagnose:			
Dringlichkeit:			
	Nein	**Ja**	**Bemerkung**
Analgosedierung oder Bewusstlosigkeit?			
Kreislauf stabil?			
Organversagen?			
Beatmung ?		**seit: d**	**[ ] Kontrolliert [ ] Spontan** **FiO2: PIP: PEEP:** **Atemweg:**
Nierenersatz [ ], Lungenassistenz [ ], IABP [ ]			
OP / Intervention erforderlich?			**Wann:** **Welche:**
Katecholamine			
Antikoagulation			
Antibiotikatherapie			
Problemkeime?			
Isolationsmaßnahmen?			
Radiologische Befunde als Anlage?			**Konv. [ ] CT [ ] MRT [ ]**
Laborwerte/BGA als Anlage?			
Aktuelle Mikrobiologie als Anlage?			
Spezialbett / Therapiesystem / Matratze?			
Mobilisation?			
Dekubitus?			
RÜCKÜBERNAHME ZUGESAGT?			
ANGEHÖRIGE/BETREUER INFORMIERT?			
Zugänge und Drainagen: Arterie [ ] ZVK [ ] Shaldon [ ] MS [ ] DK [ ] **Sonstige:**			
Laufende Medikation (Perfusoren):			
Sonstige Bemerkungen:			
Unterschrift Anfragende(r) **Datum**			
Bemerkungen kkm:			