

**Anmeldung zur
Beatmungsentwöhnung in den KEM | Evang. Kliniken Essen-Mitte**

Patient:

Diagnose:

Beatmung seit wann: _____

Operation: Ja | Nein Wann? ___ . ___ . ___ Welche? _____

Erster Spontanversuch (SBT / Datum): _____

Grund für den SBT-Abbruch: _____

Vigilanz: _____

Größe (cm): _____ Gewicht (Kg): _____

Dekubitusulcera: Wo: _____ Grad: _____

Katecholamine: Ja | Nein Derzeitige Beatmungsform: _____

Dialyse: Ja | Nein

Drainagen: Ja | Nein

aktuelle BGA pO₂: _____ mmHg pCO₂ _____ mmHg

Trachealkanüle: Ja | Nein Tracheostoma: Dilativ | plastisch

Multiresistente Keime: Ja | Nein Welche und wo: _____
(wichtig für das Bettenmanagement)

Zuweisende Klinik:

Übernahme möglich ab: _____

Bitte faxen an: **0201 174 22000**
(Wir melden uns kurzfristig telefonisch zurück)

Telefonisch erreichbar **am Tag:** **0201 174 22001 oder 0201 174 20168**
Telefonisch erreichbar **in der Nacht:** **0201 174 20169**