

Information

Verlegende Klinik:

Ansprechpartner:

Station:

Telefonnummer:

Patient Name:

Größe:

Gewicht:

Geburtsdatum:

Verlegungsdiagnose:

Nebendiagnosen:

Epikrise:**Atemweg:** Intubation ja nein seit:Tracheotomie ja nein seit:NIV-Therapie ja nein seit:HFNC ja nein seit:**Atmung:** spontan (O₂: /min)assistiert kontrolliert

Beatmungsform:

PEEP:

P_{insp}:F_iO₂:

BGA pH:

paO₂:paCO₂:

BE:

Lactat:

Kreislauf: Rhythmus:

HF:

RR/MAD:

HI:

Norepinephrin µg/kgKG/min:Dobutamin µg/kgKG/min:Epinephrin µg/kgKG/min:Vasopressin IE/h:**Dialyse** akutes NV chron. NV CRRT IRRT Shunt **Infektionsstatus:**

Patient isoliert?

ja nein SARS-CoV2- PCR negativ positiv MRSA 3/4-MRGN VRE Clostridien ESBL **Zugänge:**ZVK Arterie Shaldon peripher **Analgosedierung:**

Angehörige/gesetzliche Betreuer über Verlegung informiert?

ja nein

Telefonnummer Angehörige/gesetzlicher Betreuer:

Bemerkungen:**Datum:****Uhrzeit:****bitte per Fax an 0421/347-1166 senden****(Tel. SJS-ITS ÄrztIn 0421/ 347-21171)**