

**Pneumologie und
Beatmungsmedizin**



Telefon: (0251) 976-5368/5369/5790
Fax: (0251) 976-2822
Email: bis-cm.clemenshospital@alexianer.de

Datum: _____

Antrag zur Aufnahme auf die Beatmungs-Intensivstation (Weaning) Clemenshospital Münster

Name des Patienten

Geburtsdatum

Überweisende Klinik/Ansprechpartner/Kontaktadresse

Telefon:

Grund für die Beatmung

Relevante weitere Diagnosen/Therapien (**Dialyse, SLED, CVVH**, Malignom, psych., pulm., kard. Vorerkrankung usw.)

Relevante Medikation (Katecholamine, Laufrate, Sedierung, ungewöhnliche Medikamente)

Seit wann ist der Pat. beatmet?

Atemweg (Kanüle, Tubus, NIV)

Anzahl der Extubationsversuche, Weaningversuche (SBT)

→

Wann durchgeführt?

Aktuelle Beatmungsparameter (Beatmungsform, Beatmungsdrücke, FiO₂)

Resistente Keime? Welche?

Größe/Gewicht

Krankenkasse/sonstiger Kostenträger

Übernahme ab wann möglich?