

**Klinik für Beatmungs- und Schlafmedizin
Klinik für Pneumologie**

Telefon: 0251 976 -2821
Fax: 0251 976 -2822
Email: bis-cm@alexianer.de



Clemenshospital

*Eine Einrichtung der Alexianer
und der Clemensschwestern*

Datum: _____

Antrag zur Aufnahme auf die Beatmungs-Intensivstation Clemenshospital Münster

Name des Patienten

Geburtsdatum

Überweisende Klinik/Ansprechpartner/Kontaktadresse

Telefon: _____

Grund für die Beatmung

Relevante weitere Diagnosen/Therapien (**Dialyse, SLET, CVVH**, Hirndruck, 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? Sanierung?

Größe/Gewicht

Krankenkasse/sonstiger Kostenträger

Übernahme ab wann möglich?