

Anmeldung zur Verlegung ins Weaningzentrum

Bitte diesen Bogen ausgefüllt per E-Mail senden an weaning@csm-donaustauf.de
oder per Fax an 09403 80-621, danach gerne telefonische Rücksprache unter
Tel. 09403 80-201 oder 09403 80-773.



Krankenhaus
St. Maria

Fachklinik
Donaustauf

Datum:

Verlegendes Krankenhaus:

Klinik/Krankenhaus:*

PLZ:

Ort:

Ansprechpartner/Zuständige Station:

Zuständige Station:*

Vorname:

Nachname:

Zuständiger Arzt:

Telefon:*

Telefax:

E-Mail:*

Patientendaten:

Vorname:*

Nachname:*

Gesetzlicher Betreuer:*

Ja

Nein

Gewicht (in kg):

Hautzustand:

Geburtsdatum:*

Geschlecht:

Weiblich

Männlich

Keine Angabe

Diagnosen: Bitte vermerken Sie hier alle bekannten aktuellen Diagnosen.

Grund der Verlegung:

Bewusstseinslage:

Sedierung:*

Ja

Nein

Kreislauf:

Katecholaminbedarf:*

Ja

Nein

Beatmung:

Modus:

FiO2:

Beatmungszugang:

Spontanatmungszeit / Tag in Stunden:



Nierenfunktion:

Dialysepflicht:	Ja	Nein	Weitere Angaben:
-----------------	----	------	------------------

Zugänge/Liegedauer:

Arterie:	Ja	Nein	ZVK:	Ja	Nein	Magensonde:	Ja	Nein
BDK/SBDK:	Ja	Nein	PEG:	Ja	Nein	TK/Tubus:	Ja	Nein

Anmerkungen/Sonstiges:

Arztbrief

Bitte senden Sie nach Möglichkeit den Arztbrief mit der aktuellen Medikation per E-Mail an weaning@csm-donaustauf.de oder per Fax an 09403 80-621. Nach Absenden gerne telefonische Rücksprache unter 09403 80-201 oder 09403 80-773.

Wichtige Hinweise:

Hiermit bestätige ich, dass mir die Einwilligung des zu überweisenden Patienten oder seines rechtlichen Vertreters zur Übermittlung/Weitergabe der Daten vorliegt.*

*Pflichtangabe

Wenn im Formular/Text die männliche Form gewählt wurde, so ist dies nicht geschlechts-spezifisch gemeint, sondern geschah ausschließlich aus Gründen der besseren Lesbarkeit.