

Fax: 0921/400-884623

Patient:	
Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Anschrift (oder Etikett)	

Diagnose:

--

Datum Ereignis:

--

Bitte folgende Checkliste vollständig ausfüllen:

Versicherungsstatus Patient	<input type="checkbox"/> privat	<input type="checkbox"/> gesetzl.
Patient kreislaufstabil , ohne Katecholamine	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Akute septische Zeichen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hochgradig delirantes Syndrom	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Beatmung (über Trachealkanüle)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
- Modus	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
- Dauer Spontanatmungsphasen _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Bekannter Status multiresistenter Erreger mit aktuellen Abstrichen:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
- MRSA:	<input type="checkbox"/> positiv	<input type="checkbox"/> negativ
- VRE:	<input type="checkbox"/> positiv	<input type="checkbox"/> negativ
- MRGN:	<input type="checkbox"/> positiv	<input type="checkbox"/> negativ
Wenn positiv, Erreger: _____		
Dialysepflicht	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, Häufigkeit: _____ (Dialyseprotokoll in der Anlage)		
Unmittelbar anstehende operative Eingriffe (z.B. allgemein- oder unfallchirurgisch)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welche: _____		
Andere Faktoren , die eine komplexe intensivmedizinische Behandlung bedingen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welche: _____		
Impfstatus COVID19	1. Impfung: _____ 2. Impfung: _____ 3. Impfung: _____	
Letzter COVID-Abstrich	Datum: _____ Ergebnis: _____	

Wenn vorhanden, bitte **Kurzarztbrief** beifügen

Anmeldende Klinik und Abteilung: _____

Datum der Anmeldung: _____ Name des Anmeldenden: _____

Telefonnummer für Rückfragen: _____