

**Anmeldung für das Weaning-Zentrum in der neurologischen Frührehabilitation  
Neurologische Klinik, Klinik Hohe Warte der Klinikum Bayreuth GmbH**

**\*Fax: 0921/400 1029\***

**Patient:**

<b>Name</b>	
<b>Geburtsdatum</b>	
<b>Wohnort (oder Etikett)</b>	

**Diagnose:**

--

**Datum Ereignis:**

--

**Bitte folgende Checkliste vollständig ausfüllen:**

Patient <b>kreislaufstabil</b> , ohne Katecholamine	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
akute <b>septische Zeichen</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
hochgradig <b>delirantes Syndrom</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<b>Beatmung</b> (über Trachealkanüle) – Modus: – Dauer Spontanatmungsphasen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein
bekannter Status <b>multiresistenter Erreger</b> mit aktuellen Abstrichen: – MRSA: – VRE: – MRGN: Wenn positiv, Erreger: _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> positiv	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/> negativ
<b>Dialysepflicht</b> Wenn ja, Häufigkeit: _____ (Dialyseprotokoll in der Anlage)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
unmittelbar anstehenden <b>operativen Eingriffe</b> (z.B. allgemein- oder unfallchirurgisch) Wenn ja, welche: _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<b>andere Faktoren</b> , die eine komplexe intensivmedizinische Behandlung bedingen Wenn ja, welche: _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Wenn vorhanden, bitte **Kurzarztbrief** beifügen

Anmeldende Klinik und Abteilung: \_\_\_\_\_

Datum der Anmeldung: \_\_\_\_\_

Name des Anmeldenden: \_\_\_\_\_

Telefonnummer für Rückfragen: \_\_\_\_\_