

Anmeldung Weaningpatient

Dokumentennummer: D5401

Dokumententyp: Dokument

Chefarzt Prof. Dr. Dirk Koschel

Chefarzt Dr. Jens Kraßler

Weaningkoordinator:

Philipp Kaiser

Tel.: 03523/65-281, Fax: 03523/65-276, E-Mail: Beatmungsentwoehnung@lungenzentrum-coswig.de

Verlegende Klinik

Name der Klinik:

überweisende Station:

überweisender Arzt/Ansprechpartner:

Tel.-Nr.:

Patientenverfügung: ☐ ja ☐ neinVorsorgevollmacht: ☐ ja ☐ neinTherapielimitierung: ☐ ja ☐ nein sonstiges:**Patient**

Name, Vorname:

Geburtsdatum: Krankenkasse:

Adresse:

Angehörige:

Größe: cm Gewicht: kg

Betreuung: ☐ ja, durch:
☐ nein**Diagnosen:**

zur Beatmung führende Grunderkrankung:

zur Beatmung führende aktuelle Diagnose:

Aktueller Befund:voll orientiert ☐ ja ☐ neinteilweise/nicht orientiert ☐ ja ☐ neinkomatös ☐ ja ☐ neindelirant/dement ☐ ja ☐ neindepressiv ☐ ja ☐ neinSedierung ☐ ja ☐ neinSchluckstörung ☐ ja ☐ nein ☐ unbekanntStimmbandparese ☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt**Mobilität:**bettlägerig ☐ ja ☐ neinBettkante ☐ ja ☐ neinMobilisationsstuhl ☐ ja ☐ neinGangschule ☐ ja ☐ nein

