



Übernahmeanfrage ARDS

24 Stunden-Notfall-Hotline: 07071 – 29 86900 - Fax: 07071 – 29 5522

Wir bitten um telefonische Kontaktaufnahme!

Anfragende Klinik:		Hubschrauber- Landeplatz an der Klinik: <input type="checkbox"/> vorhanden <input type="checkbox"/> nicht vorhanden
Ansprechpartner:		
Telefonnummer:		

Patientenname:		Geburtsdatum:	
Gewicht: _____ kg	Größe: _____ cm	Beatmung seit:	

Arbeitsdiagnose:			
Zusammenfassung Diagnosen und Verlauf:			
Reanimation:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Anhaltspunkte für neurolog. Schädigung	<input type="checkbox"/> ja (bitte oben genaue Beschreibung) <input type="checkbox"/> nein
Dialysepflichtig?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	V.a. HIT	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Isolationspflichtige Erreger:	<input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> VRE <input type="checkbox"/> Multiresistente gram- negative Bakt. <input type="checkbox"/> Influenza	Bereits durchgeführte Diagnostik/Therapie:	<input type="checkbox"/> CCT <input type="checkbox"/> Thorax-CT <input type="checkbox"/> Echokardiographie <input type="checkbox"/> Thoraxdrainagen

Aktuelle Befunde und Therapie						(gerne auch Laborausdruck als Anlage)
Beatmung	Modus	Atemweg	F _i O ₂	P _{max} / PEEP	Vt	
Art. BGA	pH	P _a O ₂	P _a CO ₂	BE	Laktat	
Vasopressoren	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Inotropie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Blutbild / Gerinnung	Hb	Thrombozyten	Quick	PTT		
Klinische Chemie	GOT/ GPT	LDH	Bilirubin	Krea	Harnstoff	

Datum: _____

Unterschrift: _____