



Regio Kliniken

Klinikum Wedel

**Anmeldung zur Verlegung auf die Weaningstation**

Bitte diesen Bogen ausgefüllt faxen (04103/962473), oder rufen Sie uns an  
(Tel. 04103/962182)

<b>Datum:</b>	
Verlegende Klinik:	
Zuständiger Arzt:	
Telefonnummer:	
Patientendaten:	
Name	
Geschlecht	
Alter	
Diagnosen:	
Grund der Verlegung:	
Bewusstseinslage:	
Sedierung:	
Kreislauf:	
Katecholamine:	
Beatmung:	
Modus	
FiO2	
Beatmungszugang	
Dauer der Spontanatmung	
Nierenfunktion:	



Regio Kliniken

Klinikum Wedel

**Anmeldung zur Verlegung auf die Weaningstation**

Bitte diesen Bogen ausgefüllt faxen (04103/962473), oder rufen Sie uns an  
(Tel. 04103/962182)

<b>Keimstatus ?</b> (Nasen-/Rachenabstrich auf MRSA, Urinkultur, Trachealsekret, Abstriche von ggfs. Tracheostoma, ZVK, PEG, bei Diarrhoe Abnahme von Antigen/Toxin von C. difficile), Bitte aktuelle Befunde (nicht älter als 7 Tage):	
Multiresistente Keime:	
Antibiose	
Gewicht:	
Hautzustand:	
Zugänge:	
Arterie	
ZVK	
PEG	
Angehörige:	
Betreuung eingerichtet?	