

Notfallkontakt: Telefon +49 (0) 64 21 / 58-6 59 87

Fax: +49 (0) 64 21 / 58-6 36 88

Bitte den Bogen möglichst komplett ausfüllen, an o.g. Nummer faxen und dann telefonisch melden

| | | | |
|----------------|----|--------------------|--|
| Patientenname: | | anfragende Klinik: | |
| Geburtsdatum: | | Ansprechpartner: | |
| Körpergewicht: | kg | Telefon Rückruf: | |
| Körpergröße: | cm | Kostenträger: | |

Transport durch öffentl. RD Intensivteam MR abgebende Klinik

Anamnese/Diagnosen

Immunsuppression/HIV Z. n. Organtransplantation maligne Erkrankung

Chirurg. Patient Fachabteilung: _____

Krankenhaus-
Aufnahme (Datum)

Intensivstation (Datum)

Intubation (Datum)

Beatmung/BGA

| | | | | | | |
|-------|------|------|-------|-----|----|--------|
| Modus | pmax | PEEP | FiO2 | I:E | AF | |
| AMV | Vt | paO2 | paCO2 | pH | BE | Laktat |

Hämodynamik

| | | | | |
|--------------|-----------|-------------|-----|-----|
| RR sys/dia | HF | Rhythmus | ZVD | HZV |
| Noradrenalin | Adrenalin | Dobutamin | | |
| EF | | Vasopressin | | |

Sedierung/Neurologie

Pupillen

Sedierung

Muskelrelaxation

