


Patientendaten

Name _____
Vorname _____
Geburtsdatum _____

Nach Rücksprache mit der behandelnden
Fachabteilung bitte Formular ausfüllen und an die
Intensivstation der UMM faxen: 0621-383-2008

Für Rückfragen (Arzt-Arzt-Gespräch): 0621/383-1199

Klinikdaten

Klinik _____
Station _____
Fachabteilung _____
Ansprechpartner _____
Telefon _____

Labor:

Leukos		Quick		Krea	
CRP		aPTT		HST	
PCT		GOT		CK	
Hb		GPT		K+	
Thrombos		Bilirubin		Na+	
BZ		GGT			

Hauptdiagnose
Patientendaten

Größe: _____ Gewicht: _____ Versicherungsstatus: _____
Stationär seit: _____

Weitere Erkrankungen
Zugänge

ZVK gelegt am: _____
 Arterie gelegt am: _____
 Shaldon gelegt am: _____
Weitere Zugänge:

Übernahme zur UMM besprochen mit

Name _____
Fachabteilung _____
Durchwahl _____

Kreislauf

Herzfrequenz: _____ Blutdruck _____ / _____ mmHg
MAD: _____ BE: _____ Laktat: _____
 Norepinephrin: _____ mcg/kg/min
 Dobutamin: _____ mcg/kg/min
 Adrenalin: _____ mcg/kg/min
 Anderes: _____ mcg/kg/min

Infektiologie

MRSA 3-MRGN 4-MRGN
 VRE Clostridien
 keine Isolationspflichtigen Keime
 COVID positiv COVID negativ
Letzter Abstrich am: _____
 Anderes: _____

Antibiologische Therapie: Keine Antibiotika
 folgende Antibiotika (seit wann):

Beatmung

keine Sauerstofftherapie HighFlow O2
 NIV
 Intubiert Tracheotomiert Bauchlagerung
FiO₂: _____ PEEP _____ P_{peak}: _____
pO₂: _____ pCO₂: _____ pH: _____ BE: _____

Niere

Gesund Niereninsuffizienz
 Hämodialyse CVVH(DF)

Bemerkungen
Aktuelle Bildgebung vorhanden?