

Patientendaten

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____



Nach Rücksprache mit der behandelnden
Fachabteilung bitte Formular ausfüllen und an die
Intensivstation des KBR faxen: 0471-299 3771

Für Rückfragen (Arzt-Arzt-Gespräch): 0471-299 2852

Anfrage Übernahme ITS-Patienten

Klinikdaten

Klinik: _____

Station: _____

Fachabteilung: _____

Ansprechpartner: _____

Telefon: _____

Hauptdiagnose

Weitere Erkrankungen

Übernahme zum KBR besprochen mit

Name: _____

Fachabteilung: _____

Durchwahl: _____

Infektiologie

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

Anderes: _____

Antinfektiöse Therapie:

Keine Antibiotika Folgende Antibiotika:

Labor				Quick	aPTT
Datum: _____					
Leukos	Hb	Thromboz.	Krea	GFR	BZ
GOT	GPT	gGT	CK	Na+	K+

Patientendaten

Größe: _____ Gewicht _____

Zugänge

ZVK 3 Lumen ZVK 5 Lumen
 Shaldon Schleuse Gelegt am: _____

Arterie PICCO Gelegt am: _____

Kreislauf

Herzfrequenz: _____ Blutdruck _____ / _____ mmHg

BE: _____ Laktat: _____

Norepinephrin _____ mcg/kg/min

Dobutamin _____ mcg/kg/min

Adrenalin _____ mcg/kg/min

Anderes: _____

Beatmung

Keine Sauerstoffsufflation HighFlow O₂ NIV
 Intubiert Tracheotomiert

FiO₂: _____ PEEP _____ P_{peak} _____

pO₂: _____ pCO₂: _____ pH: _____

Niere

gesund Niereninsuffizienz Hämodialyse

Aktuelle Bildgebung vorhanden?

Röntgen CT Thorax CT Abdomen CT Schädel
 Anderes:

Bemerkungen:

Datum, Uhrzeit

Name, Unterschrift