

**Patient\*innenetikett**

Datum RMU-Anmeldung: \_\_\_\_\_  
Datum stationären Aufnahme: \_\_\_\_\_  
Krankenhaus und Station: \_\_\_\_\_  
Name der ärztlichen Kontaktperson + Tel.Nr.: \_\_\_\_\_

**Initialer Aufnahmegrund bzw. relevante Diagnosen:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_ cm | Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Beatmungszugang: ☐ Nasenbrille: ☐ Maske ☐ Tubus

☐ Tracheostoma: ☐ Chirurgisch ☐ Gestochen; Datum –Anlage/Wechsel: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Beatmung: ☐ Spontanatmung ☐ Highflow-Therapie ☐ CPAP-Therapie

☐ PS ☐ PC ☐ andere Beatmungsform: \_\_\_\_\_

☐ Insufflation möglich? wie viele Std./Tag? \_\_\_\_\_

Einstellungen: Peep/EPAP: \_\_\_\_\_ IPAP: \_\_\_\_\_ PS/PC \_\_\_\_\_ Pmax: \_\_\_\_\_

FiO2 \_\_\_\_\_ % Flow \_\_\_\_\_

**Aktuelle Blutgase ARTERIELL (innerhalb der letzten 24 Stunden):**

Insuff./ NHF mit \_\_\_\_\_ Liter O<sub>2</sub>/min.: pH \_\_\_\_\_ pO<sub>2</sub> \_\_\_\_\_ pCO<sub>2</sub> \_\_\_\_\_

Beatmung mit \_\_\_\_\_ Liter O<sub>2</sub>/min.: pH \_\_\_\_\_ pO<sub>2</sub> \_\_\_\_\_ pCO<sub>2</sub> \_\_\_\_\_

**Relevante Komorbiditäten (ggf. bitte Patient\*innenbrief beilegen):**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Befunde:**

- **MRE Abstriche:** ☐ Ja ☐ Nein | ☐ positiv ☐ negativ | Lokalisation \_\_\_\_\_
- **Isolationspflichtige Infektionen:** ☐ Ja ☐ Nein | Keim? \_\_\_\_\_
- **CT Thorax:** ☐ Ja ☐ Nein | Wann?: \_\_\_\_\_
- **Schlucken möglich?** ☐ Ja ☐ Nein | Konsistenz: ☐ alle | ☐ flüssig | ☐ breiig | ☐ fest
- **Kognition:** wach/ansprechbar? ☐ Ja ☐ Nein | **Delir?** ☐ Ja ☐ Nein | spricht? ☐ Ja ☐ Nein
- **Atemmuskelkraftvermessung:** Datum: \_\_\_\_\_ MIP \_\_\_\_; MEP \_\_\_\_; PCF \_\_\_\_; forcierte VT \_\_\_\_
- **Neurologisches Konsil:** Datum? \_\_\_\_\_ ☐ Critical Illnes Polyneuropathie ☐ Critical Illnes Myopathie
- **Katecholaminfrei seit?** \_\_\_\_\_
- **Therapielimitierung:** ☐ Nein | ☐ Ja, welche: \_\_\_\_\_
- **Zugänge:** ☐ ZVK ☐ Venflon ☐ Dauerkatheter ☐ PEG-Sonde/MS ☐ Drainagen – Welche?

**Funktioneller Zustand DERZEIT**

Kann selbstständig aufstehen? ☐ Ja ☐ Nein | Querbett mit Rumpfstabilität ☐ Ja ☐ Nein

Kann Arme bewegen? ☐ Ja ☐ Nein | kann Beine bewegen? ☐ Ja ☐ Nein

**Funktioneller Zustand VOR der Hospitalisation:**

☐ vollständig mobil ☐ teilweise mobil mit Gehhilfe ☐ Wohnungsmobil ☐ bettlägerig

☐ lebt alleine | Pflegestufe: \_\_\_\_ | Soziale Dienste: \_\_\_\_\_ | Angehörige Name/Tel.Nr.: \_\_\_\_\_

LTOT: ☐ Ja ☐ Nein | Firma? \_\_\_\_\_

Heimbeatmung: ☐ Ja ☐ Nein | Firma? \_\_\_\_\_