

Bitte nehmen Sie in jedem Fall telefonischen Kontakt mit uns auf.

Kontaktdaten verlegendes Krankenhaus

Krankenhaus:	
Ansprechpartner:	
Tel. für Rückfragen:	
Straße/ Haus Nr.:	
PLZ/ Ort:	

Patientendaten

Name, Vorname:	
Geburtsdatum:	
Größe (cm):	
Gewicht (kg):	

Aktuelle Anamnese:	
Vorerkrankungen:	
Beatmungsbeginn:	<input type="checkbox"/> NIV <input type="checkbox"/> Invasiv am:
isolationspflichtige Keime/ Immunsuppression:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Pplat/ Pinsp (cm H ₂ O):		Atemfrequenzen:	
PEEP (cm H ₂ O):		FiO ₂ :	
PaO ₂ (mmHg):		PaCO ₂ (mmHg):	
pH:		MAP (mmHg):	
Katecholamin (µg/kg/min):			
Analgosedierung:			
Urin (ml/d):		Bauchlage:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
GCS:		Kreatinin (mg/dl):	
Bilirubin ges. (mg/dl):		Thrombozyten (10 ⁹ /L):	