

Klinik Donaustauf
Anmeldung zur Verlegung ins Weaningzentrum

Bitte diesen Bogen ausgefüllt faxen 09403/80621, oder rufen Sie uns an Tel. 09403/80201 oder 80703

Datum:	
Verlegende Klinik:	
Zuständiger Arzt	
Telefonnummer	
Patientendaten	
Name	
Geschlecht	
Alter	
Diagnosen	
Grund der Verlegung	
Bewusstseinslage	
Sedierung	
Kreislauf	
Katecholamine	
Beatmung	
Modus	
FiO ₂	
Beatmungszugang	
Dauer der Spontanatmung	
Nierenfunktion	
Keimstatus	
Multiresistente Keime	
Antibiose	
Gewicht	
Hautzustand	
Zugänge	
Arterie	
ZVK	
PEG	

Bitte diesen Bogen ausgefüllt faxen 09403/80621, oder rufen Sie uns an Tel. 09403/80201 oder 80703