

Klinik Donaustauf

Anmeldung zur Verlegung ins Weaningzentrum

Bitte diesen Bogen ausgefüllt faxen an 09403/80621 oder rufen Sie uns an. Tel. 09403/80201 oder 09403/80757

Datum:	
Verlegende Klinik	
Zuständiger Arzt	
Telefonnummer	
Patientendaten	
Name	
Geschlecht	
Geburtsdatum	
Diagnosen	
Grund der Verlegung	
Bewusstseinslage	
Sedierung	
Kreislauf	
Katecholamine	
Beatmung	
Modus	
FiO2	
Beatmungszugang	
Dauer der Spontanatmung	
Nierenfunktion	
Keimstatus	
Multiresistente Keime	
Antibiose	
Gewicht	
Hautzustand	
Zugänge	
Arterie	
ZVK	
PEG	

