

# Klinik Donaustauf

## Anmeldung zur Verlegung ins Weaningzentrum

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

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

