

Notfallkontakt: Telefon +49 (0) 64 21 / 58-6 59 87

Fax: +49 (0) 64 21 / 58-6 21 01

Bitte den Bogen möglichst komplett ausfüllen, an o.g. Nummer faxen und dann telefonisch melden

Patientenname:		anfragende Klinik:	
Geburtsdatum:		Ansprechpartner:	
Körpergewicht:	kg	Telefon Rückruf:	
Körpergröße:	cm	Kostenträger:	

Transport durch öffentl. RD Intensivteam MR abgebende Klinik

Anamnese/Diagnosen

Immunsuppression/HIV Z. n. Organtransplantation maligne Erkrankung

Chirurg. Patient Fachabteilung: _____

Krankenhaus-
Aufnahme (Datum)

Intensivstation (Datum)

Intubation (Datum)

Beatmung/BGA

Modus	pmax	PEEP	FiO2	I:E	AF	
AMV	Vt	paO2	paCO2	pH	BE	Laktat

Hämodynamik

RR sys/dia	HF	Rhythmus	ZVD	HZV
Noradrenalin	Adrenalin	Dobutamin		
EF		Vasopressin		

Sedierung/Neurologie

Pupillen

Sedierung

Muskelrelaxation

Infektiologie

Temperatur aktuell: _____ °C

MRE(3MRGN/4MRGN) MRSA Clostridien Tbc SARS-CoV2

Keimnachweise

- 1. _____ aus _____
- 2. _____ aus _____
- 3. _____ aus _____
- 4. _____ aus _____

Antibiotika

1.		seit (Datum)		2.		seit (Datum)	
3.		seit (Datum)		4.		seit (Datum)	

Niere

Diurese/h: _____ Bilanz letzte 24h: _____ Nierenersatztherapie: _____

GIT

Reflux/24h: _____ letzter Stuhlgang: _____

Klinische Chemie

GOT	GPT	AP	GGT	Bili	PCHE	Albumin	Krea	HST
Quick	aPTT	Fib	Leukos	CRP	PCT	Hb	Thrombos	BZ

Sonstige Perfusoren

Insulin KCl sonstige: _____

Zugänge/Lokalisation

Arterie: _____ PICCO: _____ ZVK: _____ ThDx: _____ Redons: _____

Wird von der Intensiv 2 MR ausgefüllt:

Übernahme möglich: ja nein Ablehnungsgrund: _____

Übernahme ab (Datum, Zeit) _____._____.202___ / ____:___h

Rückruf (Datum/Zeit) _____._____.202___ / ____:___h

Durch _____
Name (lesbar) Unterschrift