

ANMELDEBOGEN WEANINGZENTRUM**KIM:** befunde@lki.kim.telematik**UNSER FAX:** 05673-501-1141**LKI****LUNGENFACHKLINIK
IMMENHAUSEN**Lungenzentrum (G-BA)
Hessen**VERLEGENDES KH:****TEL:****FAX:****PATIENTENAUFKLEBER****MRE ?****Wo? Wann?**

MRSA

3-/4-MRGN

VRE

Clostr. Diff

DIAGNOSEN**ANGEHÖRIGE**

Tel.

BEATMUNG seit:**TRACHEOTOMIE ? seit:****SPONTANATMUNGSVERSUCHE ?****MOBILISATION ?**

BGA nach SPONTANATMUNG

pH

pO₂pCO₂HCO₃-

BGA nach BEATMUNG

pH

pO₂pCO₂HCO₃-**KATECHOLAMINE ?****ANTIBIOTIKA ?****NIERENERSATZVERFAHREN?**Klinisches **LABOR**

Hb:

Leuko:

CRP:

PCT:

Kreatinin:

Größe:

Gewicht:

RR mean

Herzfrequenz

ZUGÄNGE:

ZVK

ARTERIE

BLASENKATH

PEG