

Dokumente / Standort Bürgerhospital / Klinik für Pneumologie, Kardiologie und Beatmungsmedizin mit Sektion Gastroenterologie / 1.  
Verfahrensanweisung/SOP / Ärztlicher/Pflegerischer Dienst / Weaningzentrum / Management

Patientendaten
----------------

Klinik für Pneumologie, Kardiologie  
und Beatmungsmedizin  
Dr. med. H. Schäfer  
Chefarzt  
Nibelungenallee 37-41  
60318 Frankfurt am Main  
Durchwahl 069 1500 – 1541  
[h.schaefer@buergerhospital-ffm.de](mailto:h.schaefer@buergerhospital-ffm.de)  
[www.buergerhospital-ffm.de](http://www.buergerhospital-ffm.de)

## Anmeldung zur Beatmungsentwöhnung im Weaningzentrum Frankfurt (DGP)

Telefonnummer zuweisende Klinik (bitte direktes Arzt-Telefon)	
Führende Ursache der akuten Atmungsinsuffizienz (z.B. COPD, Pneumonie, post-OP)	
Komorbidität / Nebendiagnosen (z. B. Diabetes, Niereninsuffizienz)	
Vigilanz (z.B. analgosediert, wach, somnolent)	
Hauptdiagnose, wenn abweichend (z.B. Z. n. Mitralklappenersatz, Myokardinfarkt)	
Beginn der invasiven Beatmung	
Beatmungszugang	Endotrachealtubus <input type="checkbox"/> Trachealkanüle <input type="checkbox"/>
Beatmungsmodus / O2 Bedarf	Assistiert <input type="checkbox"/> Druckvorgabe <input type="checkbox"/> FiO2 ____ % Kontrolliert <input type="checkbox"/> Volumenvorgabe <input type="checkbox"/>
Spontanatmungsversuch erfolgt Wie lange kann der Patient spontan atmen?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> _____ min
Wohnung vor der akuten Erkrankung	Häusliche Umgebung <input type="checkbox"/> Pflegeheim <input type="checkbox"/> Beatmungseinrichtung <input type="checkbox"/>
Besteht bereits eine Heimbeatmung	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Frühere invasive Beatmung	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unbekannt <input type="checkbox"/>
Isolierung / Keime	MRSA <input type="checkbox"/> MRGN 3 <input type="checkbox"/> MRGN 4 <input type="checkbox"/> Cl. Difficile <input type="checkbox"/> VRE <input type="checkbox"/>
Katecholamine	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Dialyse	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Zugänge	Blasenkatheter <input type="checkbox"/> ZVK <input type="checkbox"/> Arterie <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/>
Dekubitus	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Größe / Gewicht (ohne Angabe keine Bearbeitung möglich)	_____ cm / _____ kg
Kontakt Angehörige / Betreuer	Tel.:
Letzte BGA, Labor, ggfs. Arztbrief bitte mitschicken!	

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular sowie die notwendigen Befunde an die E-Mail-Adresse:  
[weaningzentrum@buergerhospital-ffm.de](mailto:weaningzentrum@buergerhospital-ffm.de).