

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

Klinik für Pneumologie, Intensiv- und  
Beatmungsmedizin  
Dr. med. H. Schäfer  
Chefarzt  
Nibelungenallee 37-41  
60318 Frankfurt am Main  
Durchwahl 069 1500 – 1541  
Fax 096 1500 – 5655  
[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 Trachealkanüle
Beatmungsmodus / O2 Bedarf	Assistiert      Druckvorgabe      FiO2 ____ % Kontrolliert      Volumenvorgabe
Spontanatmungsversuch erfolgt Wie lange kann der Patient spontan atmen?	Ja      Nein _____ min
Wohnung vor der akuten Erkrankung	Häusliche Umgebung Pflegeheim Beatmungseinrichtung
Besteht bereits eine Heimbeatmung	Ja      Nein
Frühere invasive Beatmung	Ja      Nein      Unbekannt
Isolierung / Keime	MRSA      MRGN 3      MRGN 4 Cl. Difficile      VRE
Katecholamine	Ja      Nein
Dialyse	Ja      Nein
Zugänge	Blasenkatheter      ZVK      Arterie      PEG
Dekubitus	Ja      Nein
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)