

Weaningzentrum Ruhrgebiet Nord

Bitte Fragebogen so weit wie möglich ausfüllen und zurücksenden:
Telefax 02364 104-25205

Bei Rückfragen gerne telefonische Rücksprache unter:
Telefon 0151 27017675 (Lars Heining, Sektionsleitung)
Telefon 02364 104-25203 (Sekretariat)

PATIENTENDATEN

Datum der Anfrage: . . 2 0 2

Geburtsdatum . .

DERZEITIGER AUFENTHALTSORT

Krankenhaus/Station

Ärztlicher Ansprechpartner: (Name/Telefonnummer)

Pflegerischer Ansprechpartner: (Name/Telefonnummer)

Stationär seit: . . 2 0 1

Als Ursache der Beatmung führende Grunderkrankung(en)

Relevante Nebendiagnosen

Problemkeime

(bitte ggf. mikrobiologische Befunde mit Resistogramm hinzufügen)

MRSA ESBL nein

VRE MRGN Welcher?

