

Übernahmecheckliste KAINS HBK Zwickau

gepl. Verlegedatum _____

Notfall

Patient

Name _____ Alter ____ J Geschlecht ____ Gewicht ____ kg

Logistik

Quellklinik _____ Station _____ Unterlagen fertig? _____
 Ansprechpartner + ☎ _____ ja nein
 Transportmittel _____ Transport-schein? _____
 ja nein

Diagnose/Anamnese/Besonderheiten

Verlegungsdiagnose _____

Operationen _____

Liegedauer KH Liegedauer ITS Check Bildgebung (CD erstellt/ über Datenleitung) Check Fachrichtung
 Check Controlling

Bewußtsein

wach und kooperativ Delir ja / nein GCS _____
 Analgosedierung RASS _____
 Betreuung Fixierungsbeschluss NRS _____

Ventilation

Atmung spontan (+ O₂ ____ l/min) beatmet (seit)
 Lagerung _____ Modus _____
 Atemweg Tubus TK Beatmungsparameter FiO₂ ____ PEEP ____ Pmax ____

Kreislauf

aktuell stabil instabil Herzrhythmus _____
 Noradrenalin _____ µg/kg/min
 Dobutamin _____ µg/kg/min
 Unterstützungssysteme _____

Zugänge

VVK ZVK Arterie Thoraxdrain Sog
 Anzahl ____ Anzahl ____

Sonstiges (weiteres Organversagen)

_____ Dialyse (seit)
 _____ IHD CVVHD

Infektion

Problemkeime (MRSA/VRE/MRGN/SARS...) nein ja
 wenn ja, wo _____ aktuelle Abstriche _____

Durchführung

ja nein Ablehnungsgrund _____