

Anmeldung/Übernahme Intensivstation

Bitte faxen an F (069) 46 08 - 284

Im Prüfling 21-25
60389 Frankfurt am Main
T (069) 46 08 - 281
F (069) 46 08 - 284

Name und Telefonnummer zuweisender Arzt	
Führende Diagnose	
Vorerkrankungen	
Dialysepflichtig	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Kreatininwert	_____
Isolierungsgrund (3,4 MRGN, MRSA, VRE, etc.)	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt <input type="checkbox"/>
Infektionskrankheiten	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Beatmungspflichtig	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Katecholamine	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Gewicht des Patienten	
Orientierend UKG:	
Klappenvitium hochgradig	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
LV-Funktion > 40 %	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Rechtsherzbelastung	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Perikarderguss	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Pleuraergüsse	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
EKG	
Laborwerte bitte anbei mitschicken	
Kontaktperson/Betreuer (Name/Telefon)	