

ANMELDUNG ZUR VERLEGUNG AUF DIE WEANING-EINHEIT

Zuweisende Klinik/ zuweisende Ärzte	
Patient/ Patientin (Name, Vorname)	
Geburtsdatum	
Größe	
Gewicht	
Betreuung	
Grund der Verlegung	
Hauptdiagnose (n)	
Bewusstseinslage	
Sedierung	
Katecholamin- therapie	
Nierenfunktion	
Beatmungsmodus	
FiO2	
Dauer der Spatantmung	
Multiresistente Keime	
Antibiotische Therapie	

Wir bitten Sie, das ausgefüllte Formular per Fax an 0841-880-4009 oder per email an weaning@klinikum-ingolstadt.de zu schicken.