

Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin, Palliativ- und Schmerzmedizin

Medizinische Klinik IV

Pneumologie, Thorakale Onkologie, Beatmungsmedizin und Pneumologische Immunologie

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	
Spoatantmung	
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.