

Anforderung einer Intensiv-Verlegung



Grund der Anforderung:

- Beatmungsform:
 - BIPAP / DKV
 - SIMV (+ASB)
 - CPAP (+ASB)
 - NIV
 - PEEP > 10
 - _____
- art. Druckmessung
- Perfusor >1
- Thoraxsaugdrainage
- IABP / _____
- Katecholamintherap.: _____

Hauptdiagnose:

Verlegungsdiagnose:

Hinweise:

Patientendaten:

Gew. >100
_____ kg

Verlegungstermin:
 <15 Min. <30 Min.

ggf. Datum bzw. Uhrzeit

Infektion: _____

(geplantes) Zielkrankenhaus:

Abgebende Station:

Rückrufnummer:

Stempel der anfordernden Klinik / Abteilung:

Name des anfordernden Arztes in Blockbuchstaben:

Unterschrift des anfordernden Arztes
Mit der Unterschrift wird die medizinische Indikation für das ausgewählte Transportmittel bestätigt.

Transportmittel

- ITW ITH

Anforderungsfax: 02581 537099

Bitte den Transport immer telefonisch ankündigen: 02581 19222