

## Übernahmeanfragen / ECMO-Evaluation

Nach Möglichkeit bitte dieses Formular ausfüllen und faxen an **0251 – 83 40602**.  
Anschließend bitte anrufen unter **0251 – 83 44112**.

Organisatorisches		Anfordernde Klinik	Anschrift
Ansprechpartner			
Telefon (Durchwahl)	Station	Hubschrauberlandeplatz an Klinik (ja/nein)	

Patientendaten		Nachname	Vorname
Größe (cm)	Gewicht (kg)	Geburtsdatum	Geschlecht (m/w)

Anamnese		Aktuelle Erkrankung	Aufnahmedatum Krankenhaus
Relevante Vorerkrankungen			

Beatmung	Tag Intubation	Modus
Pmax (mbar)	PEEP (mbar)	FiO <sub>2</sub>
AF (/min)	Tidalvolumen (ml)	Bauchlage (j/n, Anzahl)
paO <sub>2</sub> (mmHg)	paCO <sub>2</sub> (mmHg)	pH

Kreislauf	Katecholamine (Wirkstoff/Dosis)	
MAD (mmHg)		
EF (%)		
Laktat (mmol/l)		

Labor/MiBi	CRP (mg/dl)	PCT (ng/ml)
Leukozyten (/nl)	Thrombozyten (/nl)	Hb (g/dl)
Bilirubin (mg/dl)	INR	aPTT (s)
Kreatinin (mg/dl)	Erregernachweis/Antibiotika	
MRSA/MRGN/VRE		

Sonstiges	Gefäßzugänge (Art, Lokalisation)
Diurese (ml/Tag)	
Dialyse (j/n)	
Bildgebung (CT, Koro, o.ä.)	

Datum, Unterschrift	
---------------------	--