

## Übernahmeanfragen / ECMO-Evaluation

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

Organisatorisches	Anfordernde Klinik	Anschrift
Ärztlicher Ansprechpartner		
Telefon (Direkte Durchwahl)	Station	Hubschrauberlandeplatz an Klinik

Patientendaten	Nachname	Vorname
Größe (cm)      Gewicht (kg)	Geburtsdatum	Geschlecht

Anamnese	Aktuelle Erkrankung	Aufnahmedatum Krankenhaus:
Relevante Vorerkrankungen		Aufnahmedatum ICU:

Beatmung	Tag Intubation	Modus	
P <sub>insp</sub> (mbar)	PEEP (mbar)	F <sub>i</sub> O <sub>2</sub>	
AF (/min)	Tidalvolumen (ml)	Bauchlage (j/n, Anzahl)	
p <sub>a</sub> O <sub>2</sub> (mmHg)	p <sub>a</sub> CO <sub>2</sub> (mmHg)	pH	BE

Kreislauf	Katecholamine (Wirkstoff & Dosis)
MAD (mmHg)	
LVEF (%)	
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)	Erregernachweise & Antiinfektiva	
MRSA/MRGN/VRE		

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

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