

Anforderungsbogen Interhospitaltransfer

Leitstelle Dresden

Tel.: 0351 / 19296

Fax: 0351 / 8155-154



Verlegungsdaten:

Name:	<input type="text"/>	Vorname:	<input type="text"/>
Geburtsdatum:	<input type="text"/>	Kostenträger:	<input type="text"/>
Einsatzort:	<input type="text"/>	Zielort:	<input type="text"/>
Krankenhaus:	<input type="text"/>	Krankenhaus:	<input type="text"/>
Station:	<input type="text"/>	Station:	<input type="text"/>
Arzt:	<input type="text"/>	Arzt:	<input type="text"/>
Telefon:	<input type="text"/>	Telefon:	<input type="text"/>

Erwünschter Transportbeginn:

Datum: Uhrzeit:

Medizinische Daten:

Hauptdiagnose: Gewicht: > 100 Kg
Verlegungsdiagnose:

Bewußtseinslage:

orientiert
 somnolent
 bewusstlos
 (analgo) sediert

Monitoring / Standard (EKG, SpO₂, NIBP)
 Instrumentierung: ZVK
 ▶ Arterie / IBP
 sonstige:

Atmung:

spontan:
O₂-Gabe l/min
 beatmet
 intubiert
 tracheotomiert

Intensivmedizinische Transportausstattung:
 ▶ Perfusor > 2 Anzahl:
 ▶ Infusomaten Anzahl:
 ▶ Schrittmacher (passager)

Beatmungsform:

IPPV / CPPV
 ▶ DKV / BIPAP
 ▶ SIMV (+ASB)
 ▶ CPAP (+ASB)
 ▶ NIV

▶ IABP
 ▶ ECMO
 Thoraxsaugdrainage Anzahl:
 Vakuummatratze

▶ andere:

▶ FIO₂ > 0,5 ▶ PEEP > 10

▶ 220V-Stromversorgung (zusätzlich)
 Inkubator
 Infektionstransport: Ja Nein

Kreislauf:

stabil ▶ instabil
▶ Katecholamine

Infektionsart:
 Der anfordernde Arzt versichert die Richtigkeit und die Vollständigkeit angegebener Daten
Signum Arzt

Leitstellenbereich: Name MA RLS:
Anforderung durch: Einzelbeauftragung: Ja Nein
Transportbeginn: sofort (<30min) dringlich (<2h) planbar Uhrzeit:

Notiz Leitstelle

Disponent
Datum
Uhrzeit
Funkrufname
Alarmnummer