



# Anforderung eines arztbegleiteten Sekundärtransportes

Name des Patienten: \_\_\_\_\_  
 Geb.-Datum: \_\_\_\_\_  
 Adresse: \_\_\_\_\_  
 PLZ/Ort: \_\_\_\_\_  
 Kostenträger: \_\_\_\_\_

Einsatzdatum: \_\_\_\_\_ Einsatzzeit: \_\_\_\_\_  
 med. Dringlichkeit  Sofort  2 bis 8 Std.  
 innerhalb 2 Std  > 24 Std.  
 Pat.-Gewicht \_\_\_\_\_ kg

Name des anfordernden Arztes \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_ Quellklinik \_\_\_\_\_ Station \_\_\_\_\_

Name des aufnehmenden Arztes \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_ Zielklinik \_\_\_\_\_ Station \_\_\_\_\_

Diagnosen: \_\_\_\_\_

Verlegungsgrund?  Rehabilitation  Intensivtherapie  Intervention  Operation  
 Patient beatmet?  Nein  Ja Wenn ja:  NIV  BIPAP/PCV  CPAP / ASB  „feuchte Nase“  
 Ventilatoreinst.: \_\_\_\_\_  
 AF: \_\_\_\_\_  
 FiO<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_  
 PEEP: \_\_\_\_\_  
 PIP: \_\_\_\_\_  
 ASB: \_\_\_\_\_

Laufende Therapie über Spritzenpumpen: \_\_\_\_\_  
 Medikament (Dosis): \_\_\_\_\_  
 Medikament (Dosis): \_\_\_\_\_  
 Medikament (Dosis): \_\_\_\_\_  
 Medikament (Dosis): \_\_\_\_\_  
 Medikament (Dosis): \_\_\_\_\_

Arterielle Druckmessung?  Nein  Ja letzte BGA vom: \_\_\_\_\_  
 pH: \_\_\_\_\_ pO<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_ pCO<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_ BE: \_\_\_\_\_ HCO<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_ Hb: \_\_\_\_\_ Lac: \_\_\_\_\_  
 mech. Unterstützung:  IABP  Impella  vvECMO  vaECMO  sonstiges  
 isolierpflichtige Keime?  Nein  Ja Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_ Wo? \_\_\_\_\_

Grund für Sofortverlegung \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift des anfordernden Arztes \_\_\_\_\_ Telefax-Nr. für die Auftragsbestätigung \_\_\_\_\_

Die Anforderung ist per Telefax an die Leitstelle **0561/7884-189** zu senden. Sie erhalten eine Auftragsbestätigung.

Ihr Auftrag wurde unter der Einsatznummer: \_\_\_\_\_ angelegt.  
 Die Einsatzzeiten können sich aufgrund von Paralleleinsätzen verschieben!  
 Einsatzaufnahme durch: \_\_\_\_\_ Aufnahmedatum/-zeit: \_\_\_\_\_