



# Anforderung Intensivtransport

Wir helfen hier und jetzt.



Rettungsleitstelle Mitte: Telefon 0431/19222, Telefax 0431/5905-147. ITW-Hotline: 0431/6616531

Krankenkasse / Kostenträger	Patientengewicht _____ kg
Patientenname (Aufkleber)	Größe _____ cm
Geburtsdatum:	Infektiöser Patient:
Adresse:	<input type="checkbox"/> Nein
Versicherungsnummer	<input type="checkbox"/> Ja, folgende:

Quellklinik (Stempel)	Zielklinik
Klinik:	Klinik:
Strasse:	Strasse:
PLZ / Ort:	PLZ / Ort:
Station:	Station:
Telefon:	Telefon:
Zuständiger Arzt/Ärztin:	Zuständiger Arzt/Ärztin:

Dringlichkeit:

zeitkritischer Patient (Notfallverlegung)  dringend (< 2h)  im Tagesverlauf  Folgetag

(bitte beachten Sie die Anfahrtszeit) Anderer Termin:

Zeitpunkt Patientenübernahme: _____ Uhr	Zeitpunkt Patientenübergabe: _____ Uhr
---	--

Diagnosen (Verlegungsgrund):

  
  
  

Bewusstseinslage:

wach / orientiert  somnolent / getrübt  bewusstlos  (analgo-) sediert

Respiratorische Situation:

spontan mit \_\_\_\_\_ Ltr. O<sub>2</sub> / min

NIV  intubiert  tracheotomiert Beatmungsmuster:

Heimbeatmungsgerät ⇒  Kostenübernahme für ITW geklärt

Hämodynamische Situation:

stabil  instabil  katecholaminpflichtig? (wenn ja, bitte invasive Blutdruckmessung anstreben!)

Katecholamin (Dosierung / Laufrate)

Transfusion während d. Transports  int. Herzschrittmacher  ext. Herzschrittmacher

Anzahl Perfusoren / Spritzenpumpen: _____ Stck.	Mitnahme medizinischer Geräte:
	<input type="checkbox"/> ECMO <input type="checkbox"/> IABP
	<input type="checkbox"/> Andere:

Bemerkungen / Besonderheiten / Sonstiges:

  
  
  

Datum / Uhrzeit / Unterschrift des Anfordernden Arztes:

  
  

<b>Bearbeitungsvermerk der Leitstelle</b> (Datum, Uhrzeit, Handzeichen)	<b>Weiterer Bearbeitungsvermerk:</b>
Einsatz angelegt:	Arzt-Arzt-Gespräch durch:
Einsatznummer:	am:
Besatzung informiert:	Bemerkungen:
An ASB Wache gefaxt:	