



Anmeldung/ Anfrage zur Hyperbaren Oxygenation

Anfrage/Anmeldung entgegengenommen von:

Datum: Diensthabender Hyperbarmediziner:

Uhrzeit:

Indikation/Diagnose

CO-Intoxikation <input type="checkbox"/>	CO-Hb:
Gasbrand <input type="checkbox"/>	Nekrotisierende Fasciitis <input type="checkbox"/>
Dekompressionserkrankung (DCS) <input type="checkbox"/>	Art. Gasembolie <input type="checkbox"/>
Crushverletzung <input type="checkbox"/>	Wundheilungsstörung <input type="checkbox"/>
Andere Indikationen <input type="checkbox"/>	welche?

Krankengeschichte/Unfallhergang:

Vitalparameter

Atmung: spontan <input type="checkbox"/>	beatmet <input type="checkbox"/>
Kreislauf: stabil <input type="checkbox"/>	instabil <input type="checkbox"/> Katecholamine <input type="checkbox"/> Dosis
Bewußtsein: orientiert <input type="checkbox"/>	analgesediert <input type="checkbox"/> Medikament
Infektionen MRSA <input type="checkbox"/>	ESBL <input type="checkbox"/> andere <input type="checkbox"/> welche?

Anfrage durch: Klinik/Einrichtung Privatperson **Patientendaten**

Einrichtung: Name:

Fachrichtung: Vorname:

Ansprechpartner: Geb.-Datum:

Telefonnummer: Größe: Gewicht:

Absprachen/Besonderheiten: