

Bewusstseinslage: orientiert
somnolent
bewusstlos
(analgo) sediert

Monitoring: Standard (EKG, SpO₂, NIBP)
ZVK
Kapnometrie
invasive RR- Messung
sonstige:

Kreislauf: stabil instabil

Herz-Kreislaufunterstützende Medikamente:

Wirkstoff:

Atmung: spontan
O₂-Gabe
beatmet
NIV
intubiert
tracheotomiert

Intensivmedizinische Ausstattung:

Perfusor >2 Anzahl:
Infusomaten Anzahl:

Schrittmacher (passager)
IABP ECMO
Thoraxdrainage :
Anzahl: li re

Beatmungsform: VCV
PCV/BIPAP
SIMV
CPAP
ASB

Notfallrespirator
Intensivrespirator
Vakuummatratze:
220V Stromversorgung:

-Andere: _____

Inkubator:

-FiO₂ >0,5 **-PEEP >8**

Wichtige weitere Bemerkungen:

Kostenübernahme- Erklärung

Mit diesem Schreiben erklären wir uns bereit, die Kosten für den Transport von oben genannter Patient/in zu übernehmen, falls sich die Krankenkasse hierzu nicht in der Lage sieht.

Mit diesem Schreiben bescheinigen wir außerdem die Notwendigkeit eines Transportes/Intensivtransportes mit ggf. notwendiger Arztbegleitung.

Name/Unterschrift

Stempel

| | |
|--|--|
| Bearbeitungsvermerk der Leitstelle: | |
| Einsatz angelegt | |
| Einsatznummer: | |
| Besatzung informiert: | |
| an Wache gefaxt: | |
| Disponent: | |
| Datum/Uhrzeit: | |
| übergeben an: | |

Ausgedruckt per Fax an:

+49 451-1223809