



Anforderungsformular für luft- oder bodengebundene Intensivtransporte

Beförderungsmittel: ITH ITW
 Sonstige:
 Leistellenbereich:
 Name MA RLS:
 Anforderung durch:
 Einzelbeauftragung: ja nein
 Transportbeginn (Ankunft Klinik): sofort (< 30 Min) dringlich (< 2h) planbar Uhrzeit:

Verlegungsdaten:

Name:
 Geburtsdatum:
 Einsatzort:
 Krankenhaus:
 Station:
 Arzt:
 Telefon:
 Kostenträger:
 Vorname:
 nächst geeignetes Khs: ja nein
 Zielort:
 Krankenhaus:
 Station:
 Arzt:
 Telefon:

Medizinische Daten:

Hauptdiagnose: Gewicht: >100Kg Kg
 Verlegungsdiagnose:

Bewußtseinslage:

- orientiert
- somnolent
- bewusstlos
- (analgo) sediert

Monitoring/

Instrumentierung:

- Standard (EKG, SpO₂, NIBP)
- ZVK
- Arterie/IBP

Sonstige:

Atmung:

- spontan
- O₂-Gabe l/min
- High Flow Sauerstofftherapie
- beatmet
- intubiert
- tracheotomiert

Beatmungsform:

- IPPV/CPV
- DKV/BIBAP
- SIMV (+ASB)
- CPAP (+ASB)
- NIV

Intensivmedizinische Transportausstattung:

- Perfusor>2 Anzahl
- Infusomaten Anzahl
- Schrittmacher (passager)
- IABP ► ECMO
- Thoraxdrainage Anzahl
- Vakuummatratze
- 220V-Stromversorgung (zusätzlich)
- Inkubator

Infektionstransport ja nein

Infektionsart:

Bemerkung

► Andere:

- FiO₂ >0,5
- PEEP

Kreislauf:

- stabil ► instabil
- Katecholamine

Wirkstoff:

von der KOST auszufüllen:

Einsatzmittel:

Alarmnummer:

Amtshilfe/strukturbedingte Fahrt: