



# Anforderung eines arztbegleiteten Sekundärtransportes

Anlage V

|                     |  |  |
|---------------------|--|--|
| Name des Patienten: | Einsatzdatum:  | Einsatzzeit:   |
| Geb.-Datum:         | <b>Verlegungsdringlichkeit:</b> <input type="checkbox"/> 2 - 8 Std. <input type="checkbox"/> > 24 Std. |  |
| Straße:             | <input type="checkbox"/> Sofort, Grund:  |  |
| PLZ/Ort:            | <input type="checkbox"/> <=2 Std. Grund:   |  |
| Kostenträger:       | <b>Verlegungsgrund</b>   |  |
| PID im KIS:         | <input type="checkbox"/> Intensivtherapie  | <input type="checkbox"/> Intervention <input type="checkbox"/> Operation |
|                     | <input type="checkbox"/> Rehabilitation  | <input type="checkbox"/> strategische Verlegung                          |

|  |         |           |   |
|--|---------|-----------|---|
| Abgebende Klinik   | Station | Name Arzt | Telefon   |
| Landeplatz <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, Alternativ-Landeplatz: |         |           | Zwischentransport <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |

|  |         |           |   |
|--|---------|-----------|---|
| Aufnehmende Klinik   | Station | Name Arzt | Telefon   |
| Landeplatz <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, Alternativ-Landeplatz: |         |           | Zwischentransport <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |

Diagnose(n):

Pat.-Gewicht:      kg      Pat.-Breite:      cm      Lagerung:

|                           |                                       |   |   |                                  |                                     |
|---------------------------|---------------------------------------|---|---|----------------------------------|-------------------------------------|
| <b>Patient beatmet:</b>   | <input type="checkbox"/> Ja, wenn ja: | <input type="checkbox"/> intubiert      | <input type="checkbox"/> BIPAP/PCV      | Modus:                           | PEEP:                               |
|                           | <input type="checkbox"/> Nein         | <input type="checkbox"/> tracheotomiert | <input type="checkbox"/> CPAP / ASB     | AF:                              | PIP:                                |
|                           |                                       | <input type="checkbox"/> NIV            | <input type="checkbox"/> „feuchte Nase“ | FiO <sub>2</sub> :               | ASB:                                |
|                           | NO-Therapie:                          |   |   | Heimbeatmung:                    |                                     |
| Mechanische Unterstüzung: | <input type="checkbox"/> vvECMO       | <input type="checkbox"/> vaECMO         | <input type="checkbox"/> IABP           | <input type="checkbox"/> Impella | <input type="checkbox"/> sonstiges: |

Lfd. Therapie über Spritzenpumpen:

|                     |                     |
|---------------------|---------------------|
| Medikament (Dosis): | Medikament (Dosis): |
| Medikament (Dosis): | Medikament (Dosis): |
| Medikament (Dosis): | Medikament (Dosis): |

Kreislaufsituation :      Kontinuierliche Drainagen:

|                          |   |                    |  |
|--------------------------|---|--------------------|--|
| Arterielle Druckmessung? | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja | letzte BGA vom:    | um   |
| pH:                      | pO <sub>2</sub> :   | pCO <sub>2</sub> : | BE:      HCO <sub>2</sub> :      Hb:      Lac: |

|                          |   |                  |
|--------------------------|---|------------------|
| Isolierpflichtige Keime? | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja | Wenn ja, welche? |
| SARS Covid-19            | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja | Wo?              |

Ergänzende Angaben

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

Die Anforderung ist bei Störung des webbasierten IT-Systems per Telefax an die KST Hessen zu senden. Sie erhalten eine Auftragsbestätigung.

**Telefon: 069 / 44 10 33**

**Fax-Nr. 069 / 212 – 7 23 107**

Ihr Auftrag wurde unter der vorläufigen Einsatznummer      angelegt. Telefax-Nr. für die AB:  
Die Einsatzzeiten können sich aufgrund von Paralleleinsätzen verschieben!

Einsatzaufnahme durch:      Aufnahmedatum/-zeit: