

Verlegungsprotokoll Covid-Patienten Sachsen

Meldungseingang	Datum	<input style="width: 100%;" type="text"/>					
	Uhrzeit	<input style="width: 100%;" type="text"/>					
	Meldender	<input style="width: 100%;" type="text"/>					
	Telefon	<input style="width: 100%;" type="text"/>					
Abholort	Ort, PLZ	<input style="width: 100%;" type="text"/>					
	Straße, H-Nr.	<input style="width: 100%;" type="text"/>					
	Klinikname	<input style="width: 100%;" type="text"/>					
	Station	<input style="width: 100%;" type="text"/>					
	Ansprechpartner	<input style="width: 100%;" type="text"/>					
	Arzttelefon	<input style="width: 100%;" type="text"/>					
	Arzt-Email	<input style="width: 100%;" type="text"/>					
Zielort	Bundesland	<input style="width: 100%;" type="text"/>					
	Ort, PLZ	<input style="width: 100%;" type="text"/>					
	Straße, H-Nr.	<input style="width: 100%;" type="text"/>					
	Klinikname	<input style="width: 100%;" type="text"/>					
	Station	<input style="width: 100%;" type="text"/>					
	Ansprechpartner	<input style="width: 100%;" type="text"/>					
	Arzttelefon	<input style="width: 100%;" type="text"/>					
Transportdaten	Verlegungsgrund	mediz.	<input type="checkbox"/>	logistisch	<input type="checkbox"/>		
		sonstiges	<input style="width: 100%;" type="text"/>				
	Dringlichkeit	planbar	<input type="checkbox"/>	dringlich	<input type="checkbox"/>	sofort	<input type="checkbox"/>
		Datum	<input style="width: 100%;" type="text"/>				
		Uhrzeit	<input style="width: 100%;" type="text"/>				
	Transportmittel	Termin	<input style="width: 100%;" type="text"/>				
		ITW	<input type="checkbox"/>	RTW	<input type="checkbox"/>	KTW	<input type="checkbox"/>
	Arztbegleitung	RTH/ITH	<input type="checkbox"/>	sonstiges	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
		ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>		
	Arzt wird gestellt durch:		<input style="width: 100%;" type="text"/>				

Patientendaten

Name	<input type="text"/>		Vorname	<input type="text"/>			
Geburtsdatum	<input type="text"/>	Alter	<input type="text"/>	Gewicht	<input type="text"/>	Größe	<input type="text"/>
Wohnort	Bundesland	<input type="text"/>					
	Ort, PLZ	<input type="text"/>					
	Straße, H-Nr.	<input type="text"/>					
	Objekt (z.B. Pflegeheim)	<input type="text"/>					
Pat.-Verfügung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Letzter Covid-positiv-Test		<input type="text"/>		
Kurative Therapie	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>					
Spezialtherapie	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>					
	welche	<input type="text"/>					
Hauptdiagnose	<input type="text"/>						
Nebendiagnose 1	<input type="text"/>						
Nebendiagnose 2	<input type="text"/>						
Nebendiagnose 3	<input type="text"/>						
Atmung	spontan <input type="checkbox"/>	High-Flow <input type="checkbox"/>	beatmet <input type="checkbox"/>				
	SaO ₂ /SpO ₂ <input type="text"/>	paO ₂ (mmHg) <input type="text"/>	paCO ₂ (mmHg) <input type="text"/>				
	FiO ₂ (%) <input type="text"/>	O ₂ (l/min) <input type="text"/>					
Zugänge	arteriell <input type="checkbox"/>	ZVK <input type="checkbox"/>	peripher <input type="checkbox"/>				
Katecholamin + Laufrate	<input type="text"/>						
Anzahl zwingend benötigter Perfusoren	<input type="text"/>						

sind durch abgebende Einrichtung auszufüllen