

Verlegungsprotokoll Covid-Patienten Sachsen

Meldungseingang	Datum	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
	Uhrzeit	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
	Meldender	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
	Telefon	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
Abholort	Ort, PLZ	<input style="width: 100%; height: 20px; background-color: #fff9c4;" type="text"/>
	Straße, H-Nr.	<input style="width: 100%; height: 20px; background-color: #fff9c4;" type="text"/>
	Klinikname	<input style="width: 100%; height: 20px; background-color: #fff9c4;" type="text"/>
	Station	<input style="width: 100%; height: 20px; background-color: #fff9c4;" type="text"/>
	Ansprechpartner	<input style="width: 100%; height: 20px; background-color: #fff9c4;" type="text"/>
	Arzttelefon	<input style="width: 100%; height: 20px; background-color: #fff9c4;" type="text"/>
	Arzt-Email	<input style="width: 100%; height: 20px; background-color: #fff9c4;" type="text"/>
Zielort	Bundesland	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
	Ort, PLZ	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
	Straße, H-Nr.	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
	Klinikname	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
	Station	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
	Ansprechpartner	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
	Arzttelefon	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>

Verlegungsgrund	mediz.	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	logistisch	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>
	sonstiges	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>		
Dringlichkeit	planbar	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	dringlich	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>
			sofort	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>
	Datum	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>		
	Uhrzeit	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>		
	Termin	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>		
Transportmittel	ITW	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	RTW	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>
	RTH/ITH	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	sonstiges	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
Arztbegleitung	ja	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	nein	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>
Arzt wird gestellt durch:	<input style="width: 100%; height: 20px;" 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