



Anforderung eines arztbegleiteten Sekundärtransportes

Anlage V

Name des Patienten:		Einsatzdatum:	Einsatzzeit:
Geb.-Datum:		Verlegungsdringlichkeit: <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:		Verlegungsgrund	
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:

Patient beatmet:	<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 ₂ :		ASB:	
		NO-Therapie:		Heimbeatmung:			
Mechanische Unterst.:	<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 ₂ :	pCO ₂ :	BE:	HCO ₂ :	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: