Rettungsdienst Stadt und Landkreis Kassel

Anforderung eines arztbegleiteten Intensivtransports

Name des Pat.			
Geb. datum:	Einsatzdatum:	Abholuhrzeit:	
Wohnanschrift:	med. Dringlichkeit:	☐ <30 Min	☐ <24 h
		☐ <2 h	☐ >24 h
Kostenträger:	Pat. Gewicht:		

_____	_____	_____	_____
Name des anfordernden Arztes	Telefon	Quellklinik	Station
_____	_____	_____	_____
Name des aufnehmenden Arztes	Telefon	Zielklinik	Station

Diagnosen:

Verlegungsgrund: ☐ Rehabilitation ☐ Intensivtherapie ☐ Intervention ☐ Operation

Patient beatmet: ☐ ja ☐ nein

Wenn ja
- ☐ intubiert
- ☐ tracheotomiert
- ☐ NIV
- ☐ BIPAP / PCV
- ☐ VCV
- ☐ "feuchte Nase"

Ventilatoreinst.:
AF:
FiO2:
PEEP:
PIP:
ASB:

laufende Therapie über Spritzenpumpen:

Medikament (Dosis):
Medikament (Dosis):
Medikament (Dosis):
Medikament (Dosis):
Medikament (Dosis):
Medikament (Dosis):

Arterielle Druckmessung: ☐ ja ☐ nein

letzte BGA vom: pH: pO2: pCO2: BE: HCO3: Hb: Lac:

mech. Unterstützung: ☐ IABP ☐ Impella ☐ vvECMO ☐ vaECMO ☐ sonstiges

isolierpflichtige Keime: ☐ ja ☐ nein wenn ja, welchen: Ort:

_____	_____	_____
Datum	Unterschrift des anfordernden Arztes	Faxnummer für die Auftragsbestätigung

Die Anforderung ist per Fax an die Leitfunkstelle Kassel **(0561-7884189)** zusenden. Sie erhalten eine Auftragsbestätigung. Bei nicht komplett leserlich ausgefüllten Anmeldebögen findet keine Disposition statt!

Ihr Auftrag wurde unter der Einsatznr. _____ angelegt.
Die Einsatzzeiten können sich aufgrund von Paralleleinsätzen verschieben!

Einsatzaufnahme durch: Aufnahmedatum/-zeit

Wird von der Leitstelle ausgefüllt!