

**Anforderungsformular für arztbegleitete Sekundärtransporte**

**Per Fax an: 0431 / 5905-147**

Krankenkasse/ Kostenträger:		Patientengewicht:	kg
		Größe:	cm
Patient (alternativ: Patientenaufkleber)			
Name:		<b>Infektionen</b>	
Vorname:		<input type="checkbox"/> Nein	
Geburtsdatum:		<input type="checkbox"/> Ja, folgende:	
Adresse:			
<b>Startklinik:</b>		<b>Zielklinik:</b>	
Name:		Name:	
Straße:		Straße:	
PLZ/Ort:		PLZ/Ort:	
Gebäude/Station:		Gebäude/Station:	
Telefon:		Telefon:	
zuständiger Arzt:		zuständiger Arzt:	

**Dringlichkeit:**

- sofort (<30 min.)   
  dringend (<2h)   
  im Tagesverlauf   
  Datum: \_\_\_\_\_ Uhrzeit: \_\_\_\_\_  
 besondere Dringlichkeit: lebensbedrohliche Erkrankung **ohne Versorgungsmöglichkeit** im abgebenden Krankenhaus  
 **Inkubatortransport** mit Begleitung durch Team des abgebenden Krankenhauses (dann nur 1. Seite ausfüllen)

**Diagnose / Verlauf / Verlegungsgrund:**

**Datum / Uhrzeit:**                      **Name d. Anfordernden:**                      **Unterschrift:**

**Bitte medizinische Angaben auf der Rückseite ausfüllen**

Bearbeitungsvermerk KoSt			
Einsatznotiz:			
Einsatz in ISE erstellt: <input type="checkbox"/>		Einsatznummer:	
Disponent:		Datum/ Uhrzeit:	

## Anforderungsformular für arztbegleitete Sekundärtransporte

### Medizinische Angaben zur Ermittlung des Versorgungsbedarfs

<b>A</b>	<input type="checkbox"/> frei		
	<input type="checkbox"/> möglicher Bedarf Atemwegsmanagement auf dem Transport		
	<input type="checkbox"/> Tubus		
	<input type="checkbox"/> Trachealkanüle <input type="checkbox"/> mindestens 1x problemlos gewechselt <input type="checkbox"/> Wechselbedarf auf Transport		
	<input type="checkbox"/> fehlende / unzureichende Schutzreflexe		
<b>B</b>	<input type="checkbox"/> Spontanatmung Atemfrequenz _____ /min		
	<input type="checkbox"/> Sauerstoffbedarf _____ l/min		
	<input type="checkbox"/> SpO <sub>2</sub> <90% bei Raumluft und/oder Luftnot		
	<input type="checkbox"/> NIV _____ FiO <sub>2</sub> : _____ %		
	<input type="checkbox"/> Invasive Beatmung Modus: _____ FiO <sub>2</sub> : _____ %		
	<input type="checkbox"/> Besonderheiten / komplexe Beatmungstherapie (bitte ausführen):		
	<input type="checkbox"/> Thoraxdrainage(n) <input type="checkbox"/> nach Röntgenkontrolle Anzahl gesamt: _____ Anzahl mit Sog: _____		
<input type="checkbox"/> Heimbeatmung ohne akutes respiratorisches Defizit <input type="checkbox"/> mit akutem respiratorisches Defizit			
<b>C</b>	<input type="checkbox"/> stabil		
	<input type="checkbox"/> Katecholaminbedarf oder Bedarf differenzierter Volumentherapie auf Transport		
	<input type="checkbox"/> >1 kreislaufunterstützendes Medikament auf Transport Anzahl: _____		
	<input type="checkbox"/> anhaltende oder schwere Blutung		
	<input type="checkbox"/> schwerwiegende Arrhythmie in den letzten 24 h		
	<input type="checkbox"/> STEMI: <input type="checkbox"/> PTCA erfolgt <input type="checkbox"/> PTCA vor >24h <input type="checkbox"/> PTCA in letzten 24h <input type="checkbox"/> beschwerdefrei		
	<input type="checkbox"/> NSTEMI: <input type="checkbox"/> Diagnose vor >24h <input type="checkbox"/> Diagnose in letzten 24h <input type="checkbox"/> beschwerdefrei		
	<input type="checkbox"/> Stromunfall mit Niederspannung und unauffälligen EKG		
	<input type="checkbox"/> Notwendigkeit einer externen Organunterstützung (ECMO, IABP, etc.)		
<b>D</b>	<input type="checkbox"/> Wach und orientiert GCS: _____		
	<input type="checkbox"/> Vigilanzminderung: <input type="checkbox"/> akut neu aufgetreten o. verschlechtert <input type="checkbox"/> vor >48h aufgetreten & stabil		
	<input type="checkbox"/> Schlaganfall oder Hirnblutung mit stabiler neurologischer Symptomatik		
	<input type="checkbox"/> leichtes SHT nach durchgeführter Diagnostik		
	<input type="checkbox"/> stattgehabter unkomplizierter epileptischer Anfall		
<b>E</b>	<input type="checkbox"/> Beherrschte Schmerzsymptomatik		
	<input type="checkbox"/> Notwendigkeit von iv-Analgesie auf dem Transport		
	<input type="checkbox"/> Todesnähe bzw. begonnener Sterbeprozess (nicht bei palliativem Therapieansatz)		
	<input type="checkbox"/> Verlegungskriterien in höherwertiges Traumazentrum erfüllt		
<b>Instrumentierung</b>	<input type="checkbox"/> invasive Blutdruckmessung	Erforderliche Perfusoren auf Transport:	
	<input type="checkbox"/> IABP	Medikament	Ansatz / Laufrate
	<input type="checkbox"/> ECMO		
	<input type="checkbox"/> passagerer Herzschrittmacher		
	<input type="checkbox"/> ICP - intrakranielle Druckmessung		
	<input type="checkbox"/> Vakuummatratze		
	<input type="checkbox"/> Thoraxdrainage		
	<input type="checkbox"/> ZVK / HD-Katheter		
	<input type="checkbox"/> Sonstige:		