**Anfrage Verlegung**

---

Kinderkardiologie Loschgestraße 15 91054 Erlangen

**Kinderkardiologische Abteilung  
Leiter: Prof. Dr. med. Sven  
Dittrich**Telefon: 09131 85-33740 (KE Intensiv)  
09131-85-33132 (KE4 A)  
Fax: 09131 85-33909 (KE Intensiv)  
09131 85-32000 (KE4 A)

Loschgestraße 15, 91054 Erlangen

13.05.2022

**Ihre Verlegungsanfrage vom \_\_\_\_\_**

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

Sie wünschen ein Kind auf unsere Station KE4 A oder Kinderkardiologische Intensivstation zu verlegen.

Um die Möglichkeit, den genauen Zeitpunkt und weitere Details einer Verlegung besser vorausplanen zu können bitten wir Sie, das nachfolgende Formular („Informationsbogen zur Verlegung eines Patienten auf die Station KE4 A oder Kinderkardiologische Intensivstation der Kinder- und Jugendklinik Erlangen“) möglichst vollständig auszufüllen und an die o.a. Faxnummer zu senden.

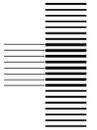
Wir hoffen damit alle nötigen Informationen für die Planung der Verlegung und die Vorbereitung der Aufnahme auf Station zu erhalten, sodass Nachfragen wegen Unklarheiten sowohl unserer - als auch Ihrerseits ggf. vermieden werden können und der eigentliche Aufnahmeprozess zügig sowie möglichst risikoarm für die/den Patientin/Patienten ablaufen kann.

Der genannte Informationsbogen ersetzt nicht das persönliche ärztlich-kollegiale Gespräch.

Um Ihnen möglichst einen festen Ansprechpartner zu bieten, ist der/die in unserer Klinik zuständige (Ober-) Arzt/Ärztin angehalten, seine/ihre Kontaktdaten am Ende des Formulars vor Übersendung an Sie einzupflegen.

Wir danken Ihnen für die Zusammenarbeit!

Ihre Kolleginnen und Kollegen der Kinderkardiologischen Abteilung



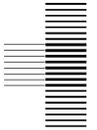
**Anfrage Verlegung**

**Informationsbogen zur Verlegung eines Patienten auf die Station KE4 A oder  
Kinderkardiologische Intensivstation der Kinder- und Jugendklinik Erlangen**

<b>Allgemeine Patienteninformationen</b>	
Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Namen der Eltern	
Telefonnummern der Eltern	
Mitaufnahme eines Elternteils in unserer Klinik gewünscht?	<input type="checkbox"/> ja, Vater <input type="checkbox"/> ja, Mutter <input type="checkbox"/> nein
Muttersprache der Eltern	

<b>Informationen der verlegenden Klinik</b>	
Name der verlegenden Station/Klinik	
Telefonnummer der verlegenden Station/Klinik	
Faxnummer der verlegenden Station/Klinik	
Name des/der zuständigen (Ober-) Arztes/Ärztin	
Telefonnummer des/der zuständigen (Ober-) Arztes/Ärztin	

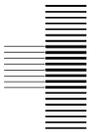
<b>Medizinische Patienteninformationen und Verlegung</b>	
Diagnose(n)	
Verlegungsgrund	
Gewünschtes Verlegungsdatum	
Geburtsgewicht	_____ g
Aktuelles Gewicht	_____
SSW bei Geburt	+
Aktuelle SSW	+



**Anfrage Verlegung**

<b>Medizinische Patienteninformationen und Verlegung</b>	
Ernährung (Zahl der Mahlzeiten, Menge pro Mahlzeit, Nahrungsart, Verabreichungsweg)	
Isolationspflicht	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Letzter Keimnachweis (Datum, Keimname, Nachweisort, MRSA, 2/3/4 MRGN? ggf. Antibiogramm anfügen)	
Ein aktueller Nachweis (<24h vor Verlegung) über die Negativität von aktuell relevanten Viruserkrankungen (z.B. RSV, Corona, Influenza) liegt vor.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Befund bitte anfügen</b>	

<b>Informationen zur Intensivtherapie</b>	
Nicht-Invasive Beatmung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Invasive Beatmung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ggf. Angabe von Beatmungsform und relevanten Parametern	
Dauerinfusionen	
Epinephrin	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Norepinephrin	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Dobutamin	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Milrinon	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Alprostadil	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Morphin	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Fentanyl	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Midazolam	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Heparin (___IE/kg*h)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
NaCl 0,9%-Spülung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Glucose ___%-Spülung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sonst. Ernährungslösung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Weitere Infusionen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	_____
	_____
	_____



**Anfrage Verlegung**

<b>Informationen zur Intensivtherapie</b>	
Endotrachealer Tubus (ID, Marke)	_____ mm, _____ cm
Periphere Verweilkanüle	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Einschwemmkatheter	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, Anlagedatum _____
Zentraler Venenkatheter	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, Anlagedatum _____
Arterieller Katheter	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, Anlagedatum _____
NAK	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
NVK	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Harnblasenkatheter	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Anlagedatum _____
Drainagen/Sonstiges	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
_____	
_____	
_____	

Ggf. Wichtige Hinweise:

Zuständiger (Ober-)Arzt/Ärztin der Kinderkardiologischen Abteilung Erlangen:

Telefonnummer: 09131 – 85 \_\_\_\_\_