

ANMELDUNG PICC-KATHETER

STAMM- UND KONTAKTDATEN DES PATIENTEN/DER PATIENTIN:

Name: _____ Mail-Adresse: _____
Vorname: _____ Telefonnr.: _____
Strasse/Nr.: _____ Geburtsdatum: _____
PLZ/Ort: _____ weiblich männlich

Einlage auf welcher Seite? **Anzahl Lumen** Nur PICC-Kontrolle
 rechts 1
 links 2
 egal

Diagnose: _____ **Indikation PICC-Einlage/-Kontrolle:** _____

INR: _____ Datum: _____
Tc: _____ Datum: _____
Tc-Aggregationshemmer/OAK: _____
Fluide Infektion: Ja → **Diagnose:** _____
Bereits Antibiotika? Ja
Vorgängige PICC-Implantation? Ja → **Wo und wann?** _____
Brachiocephale Venenthrombose bekannt? Ja → **auf welcher Seite?** rechts links
Rx-Bilder im Synedra vorhanden? Ja Nein
Kann Patient/-in flach liegen? Ja Nein

ZUSTÄNDIGKEIT:

Zuweisender Arzt: _____
Klinik/Abteilung: _____
Gewünschtes Datum der Einlage/Kontrolle:

ART DES AUFENTHALTES:

Patient/-in soll ambulant aufgeboten werden
 Patient/-in ist stationär
 Patient/-in hat Nachfolgetermin, Datum/Uhrzeit/Ort:

BEMERKUNGEN (SCHWANGERSCHAFT, FREMDSPRACHEN, ETC.):

