KOLST SH – Koordinierungsstelle für Luftrettung und arztbegleitete Sekundärtransporte Schleswig-Holstein
Tel. 0800/5678074 24/7

Anforderungsformular für arztbegleitete Sekundärtransporte

Per Fax an: 0431 / 5905-147

Krankenkasse/ Kostenträger:		Patientengewicht:	kg
		Größe:	*cm*
Patient (alternativ: Patientenaufkleber) Name: Vorname:		**Infektionen** ☐ Nein	
Geburtsdatum:		☐ Ja, folgende:	
Adresse:			

Startklinik:		**Zielklinik:**	
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: ☐		Einsatznummer:	
Disponent:		Datum/ Uhrzeit:	

KOLST SH – Koordinierungsstelle für Luftrettung und arztbegleitete Sekundärtransporte Schleswig-Holstein
Tel. 0800/5678074 24/7

Anforderungsformular für arztbegleitete Sekundärtransporte

Medizinische Angaben zur Ermittlung des Versorgungsbedarfs

A	☐	frei		
	☐	möglicher Bedarf Atemwegsmanagement auf dem Transport		
	☐	Tubus		
	☐	Trachealkanüle ☐ mindestens 1x problemlos gewechselt ☐ Wechselbedarf auf Transport		
	☐	fehlende / unzureichende Schutzreflexe		
B	☐	Spontanatmung Atemfrequenz /min		
	☐	Sauerstoffbedarf l/min		
	☐	SpO_2<90% bei Raumluft und/oder Luftnot		
	☐	NIV *(nicht-invasive-Beatmung)* Modus: FiO2: PEEP:		
	☐	Invasive Beatmung Modus: FiO2: PEEP:		
	☐	Besonderheiten / komplexe Beatmungstherapie (bitte ausführen):		
	☐	Thoraxdrainage(n) ☐ nach Röntgenkontrolle Anzahl gesamt: Anzahl mit Sog:		
	☐	Heimbeatmung ohne akutes respiratorisches Defizit ☐ mit akutem respiratorisches Defizit		
C	☐	stabil		
	☐	Katecholaminbedarf oder Bedarf differenzierter Volumentherapie auf Transport		
	☐	>1 kreislaufunterstützendes Medikament auf Transport Anzahl:		
	☐	anhaltende oder schwere Blutung		
	☐	schwerwiegende Arrhythmie in den letzten 24 h		
	☐	STEMI: ☐ PTCA erfolgt ☐ PTCA vor >24h ☐ PTCA in letzten 24h ☐ beschwerdefrei		
	☐	NSTEMI: ☐ Diagnose vor >24h ☐ Diagnose in letzten 24h ☐ beschwerdefrei		
	☐	Stromunfall mit Niederspannung und unauffälligen EKG		
	☐	Notwendigkeit einer externen Organunterstützung (ECMO, IABP, etc.)		
D	☐	Wach und orientiert	GCS:	
	☐	Vigilanzminderung: ☐ akut neu aufgetreten o. verschlechtert ☐ vor >48h aufgetreten & stabil		
	☐	Schlaganfall oder Hirnblutung mit stabiler neurologischer Symptomatik		
	☐	leichtes SHT nach durchgeführter Diagnostik		
	☐	stattgehabter unkomplizierter epileptischer Anfall		
E	☐	Beherrschte Schmerzsymptomatik		
	☐	Notwendigkeit von iv-Analgesie auf dem Transport		
	☐	Todesnähe bzw. begonnener Sterbeprozess (nicht bei palliativem Therapieansatz)		
	☐	Verlegungskriterien in höherwertiges Traumazentrum erfüllt		

Instrumentierung			Erforderliche Perfusoren auf Transport:	
	☐	invasive Blutdruckmessung		
	☐	IABP	Medikament	Ansatz / Laufrate
	☐	ECMO		
	☐	IMPELLA		
	☐	passagerer Herzschrittmacher		
	☐	ICP - intracranielle Druckmessung		
	☐	Vakuummatratze		
	☐	ZVK / HD-Katheter		
	☐	Sonstige:		