

# Bettseitiger Erhebungsbogen

Datum:

Einrichtung:

Bettplatz

Bundle	Frühschicht	Spätschicht	Nachtschicht
	belegt <input type="checkbox"/> Pat beatmet <input type="checkbox"/>	belegt <input type="checkbox"/> Pat beatmet <input type="checkbox"/>	belegt <input type="checkbox"/> Pat beatmet <input type="checkbox"/>
Strukturierte Tagesziele	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
Monitoring Analgesie/Sedierung/Delir	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Lungenprotektive Beatmung	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
a) Weaning b) VAP-Bundle	a) ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> entfällt <input type="checkbox"/> b) ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> entfällt <input type="checkbox"/>		
Frühzeitige und adäquate Antibiotikatherapie	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> entfällt <input type="checkbox"/>		
Hypothermie nach Reanimation	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> entfällt <input type="checkbox"/>		
Frühzeitige enterale Ernährung	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
Dokumentation strukturiertes Angehörigengespräch	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> entfällt <input type="checkbox"/>		

Bettplatz

Bundle	Frühschicht	Spätschicht	Nachtschicht
	belegt <input type="checkbox"/> Pat beatmet <input type="checkbox"/>	belegt <input type="checkbox"/> Pat beatmet <input type="checkbox"/>	belegt <input type="checkbox"/> Pat beatmet <input type="checkbox"/>
Strukturierte Tagesziele	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
Monitoring Analgesie/Sedierung/Delir	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Lungenprotektive Beatmung	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
a) Weaning b) VAP-Bundle	a) ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> entfällt <input type="checkbox"/> b) ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> entfällt <input type="checkbox"/>		
Frühzeitige und adäquate Antibiotikatherapie	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> entfällt <input type="checkbox"/>		
Hypothermie nach Reanimation	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> entfällt <input type="checkbox"/>		
Frühzeitige enterale Ernährung	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
Dokumentation strukturiertes Angehörigengespräch	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> entfällt <input type="checkbox"/>		

Bettplatz

Bundle	Frühschicht	Spätschicht	Nachtschicht
	belegt <input type="checkbox"/> Pat beatmet <input type="checkbox"/>	belegt <input type="checkbox"/> Pat beatmet <input type="checkbox"/>	belegt <input type="checkbox"/> Pat beatmet <input type="checkbox"/>
Strukturierte Tagesziele	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
Monitoring Analgesie/Sedierung/Delir	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Lungenprotektive Beatmung	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
a) Weaning b) VAP-Bundle	a) ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> entfällt <input type="checkbox"/> b) ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> entfällt <input type="checkbox"/>		
Frühzeitige und adäquate Antibiotikatherapie	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> entfällt <input type="checkbox"/>		
Hypothermie nach Reanimation	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> entfällt <input type="checkbox"/>		
Frühzeitige enterale Ernährung	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
Dokumentation strukturiertes Angehörigengespräch	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> entfällt <input type="checkbox"/>		