



Neonatologie Dr. von Haunersches Kinderspital, Perinatalzentren des Klinikums,
Campus Großhadern, Marchioninistraße 15, 81377 München,

Leitung Neonatologie
Prof. Dr. med. A.W. Flemmer

ECMO-TELEFON:

+49-89-4400-81314 (Dienstarzt)
+49-89-4400-72807 (Pflege Station)

Stellv. Leitung Neonatologie GH
Dr. med. C. Jakubowicz
Dr. med. E. Schouten

FAX:

+49-89-4400-75807

Direktor Kinderklinik
Prof. Dr. Dr. C. Klein
Direktor Frauenklinik
Prof. Dr. S. Mahner

Kontakt
Tel. (GH) +49 89 4400-72800
Tel. (INN) +49 89 4400-32221
Sekretariat.Neonatologie@med.uni-muenchen.de
www.lmu-klinikum.de

28.06.2025

ECMO - Anfrage

Kontaktmöglichkeit:

! Verlegende Klinik / Station

! Datum / Uhrzeit

! Ansprechpartner

! Durchwahl / Fax

Patienten-Stammdaten

! Name

! Geburtsdatum

! Gestationsalter

! Geburtsgewicht

Familien-Stammdaten

! Name der Mutter

! Geburtstag Mutter

Name des Vaters

Geburtstag Vater

! Adresse der Eltern



! Telefon der Eltern

Hauptversicherter

Mutter

Vater

! Krankenkasse

Kurz Anamnese

Entbindung

Spontan

Sectio

Notsectio

Entbindungsindikation

Intubationszeitpunkt

Blutgruppe mit Untergruppen:

Diagnosen:

Bisherige Therapie

Indikation zur Verlegung:

Aktuell:

! Gewicht _____ kg MAD mmHg

Laktat _____ mmol/l Troponin ng/ml

paO₂ _____ mmHg paCO₂ mmHg

BE _____ mmol/L pH _____

Beatmung

NO _____ ppm

konventionell: Pmax _____ PEE P _____ I:E _____

FiO₂ _____ MAP _____

HFO MAP _____ Fr _____ Amp _____



Katecholamine

- | | | |
|--|-------|-----------|
| <input type="checkbox"/> Dopamin | _____ | µg/kg/min |
| <input type="checkbox"/> Dobutamin | _____ | µg/kg/min |
| <input type="checkbox"/> Norepinephrin | _____ | µg/kg/min |
| <input type="checkbox"/> Epinephrin | _____ | µg/kg/min |

Sedierung / Relaxierung:

- | | | |
|-------------------------------------|-------|---------|
| <input type="checkbox"/> Midazolam | _____ | mg/kg/h |
| <input type="checkbox"/> Fentanyl | _____ | µg/kg/h |
| <input type="checkbox"/> Sufentanil | _____ | µg/kg/h |
| <input type="checkbox"/> Vecuronium | _____ | mg/kg/h |

Zugänge/Drainagen

- | | | | |
|---|-------|-------|-------|
| <input type="checkbox"/> ZVK | Lumen | Chr | Tiefe |
| | Lage | _____ | |
| <input type="checkbox"/> Arterie | Lage | _____ | |
| <input type="checkbox"/> Pleuradrainage | Lage | _____ | |

Surfactant Gaben

- | | | | |
|----------------------------------|------|-------|-------|
| <input type="checkbox"/> 1. Gabe | Zeit | Menge | Präp: |
| <input type="checkbox"/> 2. Gabe | Zeit | Menge | Präp: |
| <input type="checkbox"/> 3. Gabe | Zeit | Menge | Präp: |
| <input type="checkbox"/> 4. Gabe | Zeit | Zeit | Präp |

Sonstige Medikamente

Im Notfall bitte Felder mit „!“ markiert priorisiert ausfüllen und zurück faxen.