



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

**ECMO-TELEFON:**

+49-89-4400-81314 (Dienstarzt)

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

**FAX:**

+49-89-4400-75807

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

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

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](mailto:Sekretariat.Neonatologie@med.uni-muenchen.de)  
[www.lmu-klinikum.de](http://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

Geburtsdag 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

 paO<sub>2</sub>

mmHg

 paCO<sub>2</sub>

mmHg

BE

mmol/L

pH

**Beatmung**
☐ NO

ppm

☐ konventionell:

Pmax

 PEE  
P

I:E

 FiO<sub>2</sub>

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.