

Einsatz
Einsatz

Einsatzort:

Datum:

Uhrzeit:

Einsatzkräfte:

Patient

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

 w m

Straße, Hausnr.:

PLZ:

Ort:

Notfallsituation / Bemerkungen:
 siehe Rückseite

Vitalfunktionen
Bewusstsein

- ansprechbar
- orientiert
- verwirrt
- eingetrübt
- erweckbar
- durch Berührung
- durch Schmerzreiz
- bewusstlos

Atmung

- spontan/frei
- Atemnot
- Atemstillstand

Hautfärbung

- normal
- bläulich
- blass

Puls

- gut tastbar
- schwach tastbar
- nicht vorhanden
- regelmäßig
- unregelmäßig
- normal
- schnell
- langsam

Messwerte

Zeit	Puls	RR	AF	BZ



- Wärmeerhalt
- Lagerung

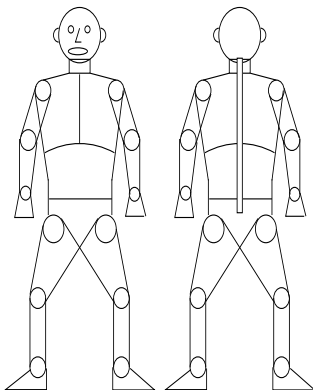
- Sauerstoff
- Beatmung

- HLW
- Druckverband

- Notruf:** ____:____ Uhr
- Einweiser

Untersuchung
Bodycheck

	Schmerz	Blutung	Wunde	Schwellung	Bluterguß	Fehlstellung	Lähmung	Verbrennung	Erfrierung	Fremdkörper
Kopf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bauch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Becken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rücken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>


Pupillen

- Uhrzeit:
- re eng li
- mittel
- weit
- Lichtreaktion

allg. Befinden

- Schwindel
- Übelkeit
- Erbrechen (Blut)
- Durchfall (Blut)
- Abwehrspannung
- alkoholisiert
- sonstige Drogen
- Vergiftung

Atmung

- Hyperventilation
- invers
- paradox
- Brodeln
- Pfeiffen
- Einatmung
- Ausatmung

Hauttemp.

- normal
- heiss
- kalt
- Schweiß

Vorerkrankungen / Allergien / Medikamente
 siehe Rückseite

Verdachtsdiagnose

- SHT
- Schlaganfall
- Krampfanfall
- Unterzuckerung
- Schock
- Herzinfarkt
- Asthmaanfall
- akuter Bauch
- Sonnenstich
- Hitzeerschöpfung
- Hitzschlag
- Unterkühlung

Maßnahmen
Wundversorgung / Schienung

- sterile Wundauflage
- Verband
- Kühlung
- Schienung (Arm/Bein)
- HWS-Krause
- Vakuummatratze
- _____

Lagerung

- nach Wunsch des Patienten
- keine Bewegung
- stabile Seitenlage
- Schocklage
- Oberkörper erhöht
- sitzend
- _____
- Bauchdecken-entspannung
- Flachlagerung
- Seitenlage
- Bauchlage
- Fritsch'sche Lagerung

allg. Maßnahmen

- Betreuung
- Transport
- Flüssigkeitsgabe
- Rückatmung
- Absaugung
- Guedeltubus
- Defi-Anlage
- Defibrillation
- _____

Vorbereitung

- i.v. Zugang
- Infusion
- Intubation
- Medikamente
- _____

Verlauf
Verlauf
 siehe Rückseite

Erklärung zur Ablehnung empfohlener Maßnahmen

Ich wurde am heutigen Tage vom Sanitätsdienst betreut. Ich wurde darauf hingewiesen, dass sich ggf. empfindliche, für meine Gesundheit negative Veränderungen einstellen könnten, wenn ich die empfohlene und ggf. weitere medizinische Hilfe nicht in Anspruch nehme. Ich habe diese Belehrung verstanden. Dennoch lehne ich diese medizinischen Maßnahmen und/oder die weitere Betreuung durch das mich jetzt behandelnde Sanitätspersonal auf eigene Gefahr ab.

Ort:	Datum:	Uhrzeit:
Unterschrift (Patient):		
Unterschrift (Zeuge):		
Unterschrift (Sanitäter):		

Zustand

- verbessert
- unverändert
- verschlechtert

Dem Patienten wurde angeraten...

- ...einen Arzt aufzusuchen
- ...einen Arzt aufzusuchen, wenn sich der Zustand verschlechtert

Entlassung / Übergabe

- | | |
|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> eigenständig | <input type="checkbox"/> RTW/KTW |
| <input type="checkbox"/> mit Begleitung | <input type="checkbox"/> Polizei |
| <input type="checkbox"/> Taxi | <input type="checkbox"/> Ordner |

Funkrufname bzw. Name der Begleitperson:
Zielklinik:
Uhrzeit

Notfallsituation / Bemerkungen / Vorerkrankungen / Allergien / Medikamente / Verlauf:

