

Kreisverband

Ort


Uhrzeit von/bis 

Ortsverein / Bereitschaft

Veranstaltung

lfd.-Nr. 

Patientenprotokoll

Name des Patienten geb. am 

Vorname männl. weibl.


Straße


PLZ Wohnort

Telefon Patient Familie Freunde Eltern

ggf. Fundort

Der Hilfsstelle zugeführt durch:

Polizei 

RTW/KTW 

San-Team 

Security Angehörige

Selbst Passanten

NOTFALLSITUATION

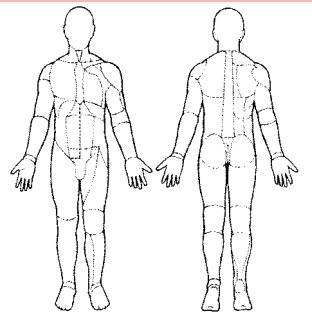
VERLETZUNG

Prellung / Fraktur Wunde / Verletzung Verbrennung

Inhalationstrauma Elektrounfall Sonstiges

	offen	geschlossen	leicht	mittel	schwer
Schädel-Hirn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HWS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brustkorb	<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"/>
BWS / LWS	<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"/>
Arme	<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"/>
Weichteile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

keine



ERKRANKUNG / VERGIFTUNG

keine

Atmung Vergiftung Kindernotfall Schwindel

Herz-Kreislauf Unterkühlung Neurologie Übelkeit / Erbrechen

Baucherkkrankung Gynäkologie Psychatrie

Stoffwechsel Geburtshilfe alkoholisiert

Hitzschlag Hitzeerschöpfung Sonstiges

MASSNAHMEN

keine

stabile Seitenlage Extremitätenschiemung Sauerstoffgabe

Oberkörperhochlage Wundversorgung Intubation

Flachlagerung EKG-Monitoring Beatmung

Schocklagerung venöser Zugang Herzdruckmassage

Vakuummatratze Infusion Erstdefibrillation

HWS-Stützkragen Atemwege freimachen Betreuung

Medikamente Notkompetenzmaßnahmen

Sonstiges:

ERSTBEFUND

kein

BEWUSSTSEINSLAGE	KREISLAUF	MESSWERTE
<input type="checkbox"/> orientiert	<input type="checkbox"/> Schock	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> getrübt	<input type="checkbox"/> Kreislaufstillstand	<input type="text"/> RR syst.
<input type="checkbox"/> bewusstlos	<input type="checkbox"/> Puls regelmäßig	<input type="text"/> RR diast.
PUPILLENFUNKTION	<input type="checkbox"/> Puls unregelmäßig	<input type="text"/> Puls
re <input type="checkbox"/> eng <input type="checkbox"/> li	EKG	<input type="text"/> AF
<input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sinusrhythmus	<input type="text"/> SpO ₂
<input type="checkbox"/> weit <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Rhythmusstörung	<input type="text"/> BZ
<input type="checkbox"/> entrundet <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Kammerflimmern	
<input type="checkbox"/> Lichtreaktion <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Asystolie	
SCHMERZEN	ATMUNG	
<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> spontan / frei	
<input type="checkbox"/> mittelstarke	<input type="checkbox"/> Atemnot	
<input type="checkbox"/> starke	<input type="checkbox"/> Hyperventilation	
	<input type="checkbox"/> Atemstillstand	

ERSTHELFERMASSNAHMEN

suffizient insuffizient AED keine

ERGEBNIS / ÜBERGABE

Zustand verbessert Notarzt nachgefordert Tod am Notfallort

Zustand unverändert Notarzt abbestellt

Zustand verschlechtert Patient lehnt Trsp. ab


Trsp. nicht erforderlich Hausarzt/ÄBD informiert Zeit:

Übergabe

Wertsachen: Zeit:



BEMERKUNGEN

Nachforderung / Notruf

KTW RTW NEF NAW Zeit: 

RTH Feuerwehr Polizei Sonstiges

Transport / Übergabe / Entlassung

Funkruf  Zeit: 

RTH RTW KTW Polizei

Ziel

eigenständig nach Hause ÖPNV

Taxi / PKW Angehörige zurück zur Veranstaltung











Sonstiges

Patient hat Entlassungs-Revers unterschrieben (Rückseite)

Ja Nein

Helfername Helfername

Unterschrift Helfer Unterschrift Helfer

Symbole	Zeit	+ 10'	20'	30'	40'	50'	60'	70'	80'	90'	100'
Puls 	300 30										
RR 	280 28										
HLW 	260 26										
AF (R) 	240 24										
In-/Extubation 	220 22										
Beatmung:	200 20										
spontan 	180 18										
assiiert 	160 16										
kontrolliert 	140 14										
Defibrillation 	120 12										
Transport 	100 10										
	80 8										
	60 6										
	40 4										
	20 2										

Behandlungs-/Transportverweigerungserklärung
Refusal of transportation by ambulance car of medical treatment

Patient _____

Hiermit erkläre ich, dass ich heute, am _____, vom Sanitätsdienst/Rettungsdienst über meine Erkrankung bzw. Verletzung und deren Konsequenzen aufgeklärt worden bin und eine Behandlung oder/und Beförderung in ein Krankenhaus entgegen der Belehrung ablehne.

Für hieraus entstandene Schäden trage ich selbst die Verantwortung. Ich wurde darüber informiert, dass ich späterhin keinerlei Ersatzansprüche wegen dieser nicht ausgeführten Beförderung/Behandlung und den sich evtl. daraus ergebenden gesundheitlichen Schäden geltend machen kann.

Herewith I declare, that I have been informed today _____ by the paramedics/emergency physicians about my illness/injuries with all the possible consequences and that I refuse medical treatment or a transportation to a hospital. I am fully responsible for all possible damages to my health and I have been informed, that there will be no indemnifications in case of a deterioration of my medical situation.

Datum/Date

Uhrzeit/Time

Unterschrift/Signature Patient