

Einsatzdaten

Datum Einsatz-Nr. Name Besetzung

Standort Einsatzort

Zeiten / Wegstrecke

Alarm	Einsatz an	Einsatz ab	Ende	km
-------	------------	------------	------	----

Primäre Einsatzart

Notfalleinsatz
 Notarzteinsatz
 Fehleinsatz
 Sonstiger Einsatz

Patientendaten

chirurgisch
 internistisch
 neurologisch
 sonstig

Fußgänger
 PKW Insasse
 Gurt
 Zweirad
 Helm
 Sturz >3m

Meldebild

Freitext:

Nicht medizinische Tätigkeiten

Wegbeschreibung
 Transport RTH-Besatzung
 Tragehilfe
 Absichern der Unfallstelle

Situation vor Ort

RTW/KTW/NEF bereits vor Ort
 wie Meldebild, oder Freitext:

Zustand Patient bei Eintreffen

Bewusstsein: <input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> getrübt <input type="checkbox"/> bewusstlos	<input type="checkbox"/> Brustschmerz <input type="checkbox"/> Herzstillstand <input type="checkbox"/> AED-Einsatz	
Atemung: <input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> Atemnot <input type="checkbox"/> Zyanose <input type="checkbox"/> Verlegung <input type="checkbox"/> Stillstand <input type="checkbox"/> Hyperventilation <input type="checkbox"/> auffällige Atemgeräusche		
Blutdruck <input type="text"/> / <input type="text"/> Puls <input type="text"/>		
O2-Sättigung <input type="text"/> Blutzucker <input type="text"/>		
Verletzung offen Kopf <input type="checkbox"/> HWS <input type="checkbox"/> Brustkorb <input type="checkbox"/> BWS/LWS/Becken <input type="checkbox"/> Arme <input type="checkbox"/> Beine <input type="checkbox"/>		
Geschlossen Kopf <input type="checkbox"/> HWS <input type="checkbox"/> Brustkorb <input type="checkbox"/> BWS/LWS/Becken <input type="checkbox"/> Arme <input type="checkbox"/> Beine <input type="checkbox"/>		

Änderung Zustand Patient im Verlauf

keine, oder Freitext:

Maßnahmen

Erste Lage ergibt Nachalarmierung Notarzt vor Ankunft RTW

stabile Seitenlage
 Oberkörperhochlage
 Flachlage
 Schocklage

O₂ Gabe
 Freimachen Atemwege
 Absaugen
 Beatmung
 supraglottische Atemhilfe (z.B. Larynx-tubus)

Herzdruckmassage
 Defibrillation (AED)

Stif-Neck
 Verband
 Schienung
 Blutstillung

Assistenz RA/NA
 Betreuung Angehörige

Freitext:

X: _____

A: _____

B: _____

C: _____

D: _____

E: _____

Diagnose

Herzinfarkt
 Schlaganfall
 Reanimation
 Polytrauma
 Schädel-Hirn-Trauma
 Andere Diagnose

Abschluss

Übergabe an: