



Patientenprotokoll

Datum:

Nachname:
 Vorname:
 Straße:
 PLZ, Ort, Staat:
 Geb.-Datum: m:
 w:

Unfallort:
 Zeit Alarmierung:
 Zeit Eintreffen beim Patienten:
 Verschüttungsdauer (Min.): total verschüttet
 teilweise verschüttet

Vorerkrankungen / Medikamente:

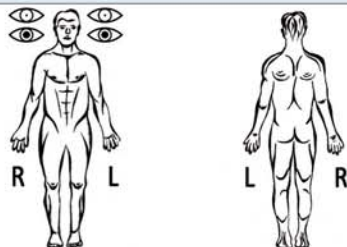
Allergien:

Vergiftung: Alkohol andere Letzte Mahlzeit:

Notfalldiagnose und Maßnahmen (Ersteindruck und Erstmaßnahmen am Patienten)

Bewusstseinslage:	<input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> verwirrt <input type="checkbox"/> getrübt <input type="checkbox"/> bewusstlos
A Atemwege (Airway)	Atemwege frei? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Maßnahme: <input type="checkbox"/> Atemwegsfreilegung
B Beatmung (Breathing)	Atmung: <input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> erschwert <input type="checkbox"/> keine Atmung Frequenz: <input type="checkbox"/> <8 <input type="checkbox"/> >30 Maßnahme: <input type="checkbox"/> Oberkörperhochlagerung <input type="checkbox"/> Sauerstoff-Gabe: <input type="text"/> L/Min. <input type="checkbox"/> Beatmung
C Kreislauf (Circulation)	Kreislauf: <input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> schwach / Schockzeichen <input type="checkbox"/> Stillstand Erschöpfung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Starke Blutung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Maßnahme: <input type="checkbox"/> Schocklagerung <input type="checkbox"/> Blutstillung / Druckverband <input type="checkbox"/> Beckenschienung <input type="checkbox"/> Defi <input type="checkbox"/> Reanimation Beginn: <input type="text"/> Ende: <input type="text"/>
D Neurologie (Disability)	Gefühl in Beinen / Armen: <input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> Kribbeln <input type="checkbox"/> gefühlos <input type="checkbox"/> Parese / Lähmung Übelkeit Erbrechen: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Verdacht Wirbel-/Schädelverletzung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Maßnahme: <input type="checkbox"/> Vakuummatratze <input type="checkbox"/> Halskrause
E Erweiterte Untersuchung (Exposure)	Unterkühlung: <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> stark Schmerzen: <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> stark Weitere Verletzungen (Brüche, Prellungen usw.): <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Maßnahme: <input type="checkbox"/> Wärmehalt <input type="checkbox"/> Wundversorgung <input type="checkbox"/> Schienung

Ort der Verletzung / Erkrankung



Mit Buchstabe markieren:

- F = Fraktur
- L = Luxation
- W = Wunde

Fortsetzung siehe Rückseite

Kurzbeschreibung des Geschehens / Notfalldiagnose:

Beschreibung der Tätigkeiten:

Messwerte

Zeit																				
Sauerstoff																				
Blutdruck																				
Puls																				
Temperatur																				
Blutzucker																				

Kontrollen unter Abtransport

Beginn Abtransport (Uhrzeit):

Zeit																				
Atmung*																				
Blutung*																				
Bewusstsein*																				
Wärme*																				
Lagerung kontrollieren																				

*) im betreffenden Feld eintragen: = gleichbleibend + Verbesserung - Verschlechterung

Übergabe des Patienten um (Uhrzeit):

an: Rettung - Fahrzeug Nr.: Notarzt (NEF) Name, Herkunft:
 NAH - Nr., Herkunft: Sonstiges (an wen?):

Protokollführer:

Name: Ortsstelle:

Unterschrift: