

Patient

Name: _____

Geburtsdatum: _____ **w** **m**

Transport zum Rettungsmittel

Pat. geht selbst/unterstützt mit Krankentrage

mit Tragsessel _____

Transport

sitzend liegend _____

Zustand d. Pat. erfordert keine weiteren sanitätsdienstlichen Maßnahmen

Einsatz

Anwesende Kräfte

Exekutive _____ Arzt _____

Feuerwehr _____ sonst. _____

Transportbegleitung durch

Arzt _____ Exekutive _____

Pat. verweigert Transport bzw. Hilfeleistung (Revers!) NA nachgefordert

NOTFALLANAMNESE

Notfallgeschehen: _____

Vorerkrankungen / Allergien / laufende Medikation: _____

vorgefunden in Lage

gehend/stehehend sitzend liegend andere _____

Vitalfunktionen

Bewußtsein

wach Erregungszustand getrübt ohne Bewußtsein

Atmung

unauffällig Hyperventilation nicht ausreichend Verlegung Zyanose keine Atmung

Kreislauf

unauffällig Hypotonie Tachy- Bradycardie Arrhythmie Schock kein Kreislauf

Sonstiges _____

Pupillen

rechts links

eng mittel weit lichtstarr

Messwerte

Atemfrequenz _____ Herzfrequenz _____

Blutdruck _____

Sonstiges _____

Verletzungen bzw. Schmerzen

MDS-Schema

Schmerz

kein leicht mittel schwer nicht beurteilbar

Polytrauma akutes Abdomen starke Blutung Verätzung Erfrierung V. a. Inhalationstrauma Verbrennung/Verbrühung

% 1 Grad % 2 Grad % 3 Grad

Sonstiges _____

Symbole:

- ⚡ Schmerz
- Prellung
- ⊗ Wunde/Verbrennung
- Δ Ödem
- // V. a. Fraktur/Luxation
- ⊕ Bewegungseinschränkung
- ~ Amputation

MASSNAHMEN

Atmung

keine Maßnahmen Freimachen/halten Absaugen Beatmung Sauerstoffgabe

O₂ l/min _____

Kreislauf

keine Maßnahmen Herzdruckmassage Defibrillation AED sonst. Blutstillung Abbindung

Abbindungszeit _____

Überwachung

Blutdruck/Puls laufende Infusion

_____ _____

Bergung

keine Bergegriff Bergetuch Schaufeltrage

Immobilisation

keine HWS-Schiene Vakuumschiene Vak.-Matratze KED

spez. Maßnahmen

keine Helmabnahme Wundversorgung

Lagerung

E T

sonstige Maßnahmen

E = Einsatzort, T = Transport

Defibrillation / EH

KL-Stillstand vermutl. Zeit _____

NA eingetroffen Zeit _____

Übergabe an NA Zeit _____

Ende d. Reanim. Zeit _____

primär erfolgreich ja nein

Erste Hilfe

keine HLW PA-Defibrillation

sonst. EH-Maßnahmen _____

nicht beurteilbar

NFS / NF-Komp.

kein Arzt anwesend, verständigt um _____ Zeit _____

durch Arzt angeordnet Name/DienstNr. _____

venöser Zugang kristalloide Infusionslösung

Medikamente laut Arzneimittellisten

endotracheale Intubation ohne Prämedikation

Art, Dosierung (Infusion/Medikamente), Tubus _____

Verlauf / NACA

gleich gebessert verschlechtert

Anmerkungen _____

NACA

I geringfügige Störung ambulante Abklärung

II schwere Störung

III mögl. akute Lebensgefahr

IV akute Lebensgefahr

V Reanimation

VI Tod

Notarzt

Sonstiges

Anmerkungen, besondere Vorkommnisse, ... _____

verbraucht Material _____

Unterschrift

SanitätserIn _____

DienstNr. _____