

## Notfall-Protokoll

<b>Name:</b>	<b>Datum:</b> _____._____._____
<b>Vorname:</b>	<b>Uhrzeit:</b> ____:____
<b>Geb.:</b> _____._____._____ <b>Geschlecht:</b> <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	<b>Einsatzort:</b>
<b>Strasse:</b>	
<b>PLZ:</b> <b>Ort:</b>	

<b>Unfallhergang:</b>

## Anamnese

Vorläufiger Befund:	Verletzungsart eintragen:
	<div> <div>rechts</div> <div>links</div> </div>

Atmung:	Kreislauf:	Allgemeinzust.:	Trauma:
<input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> Zyanose <input type="checkbox"/> Dyspnoe <input type="checkbox"/> Apnoe <input type="checkbox"/> Aspiration <input type="checkbox"/> Hyperventilation <input type="checkbox"/> Schnappatmung <input type="checkbox"/> Atemgeräusche	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> Stillstand <input type="checkbox"/> Tachykardie <input type="checkbox"/> Bradykardie <input type="checkbox"/> Hypertonie <input type="checkbox"/> Hypotonie <input type="checkbox"/> Arrhythmie <input type="checkbox"/> Schock <input type="checkbox"/> Pulsauffälligkeit	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> blaß <input type="checkbox"/> bedrohlich <input type="checkbox"/> kachektisch <input type="checkbox"/> kaltschweißig <input type="checkbox"/> alkoholisiert <input type="checkbox"/> Zyanose <input type="checkbox"/> Übelkeit <input type="checkbox"/> Schwindelgefühl <input type="checkbox"/> Krämpfe	<input type="checkbox"/> keines <input type="checkbox"/> Fraktur ( <b>F</b> ) <input type="checkbox"/> Luxation ( <b>L</b> ) <input type="checkbox"/> Verbrennung ( <b>V</b> ) <input type="checkbox"/> Dehnung ( <b>D</b> ) <input type="checkbox"/> Abdomen ( <b>A</b> ) <input type="checkbox"/> Insektenstich ( <b>I</b> ) <input type="checkbox"/> Wunde ( <b>W</b> ) <input type="checkbox"/> Polytrauma ( <b>P</b> ) <input type="checkbox"/> Hämatom ( <b>H</b> )



<b>Pupillen:</b>	RE	<b>O</b> weit	<b>O</b> normal	<b>o</b> eng	LI	<b>O</b> weit	<b>O</b> normal	<b>o</b> eng
------------------	----	---------------	-----------------	--------------	----	---------------	-----------------	--------------

## Meßwerte

[illegible]

### Maßnahmen:

Atmung/Kreislauf	Lagerung	Versorgung	Sonstiges
<input type="checkbox"/> Wärmeerhaltung	<input type="checkbox"/> Stabile Seitenlage	<input type="checkbox"/> HWS-Stützkragen	
<input type="checkbox"/> Absaugung	<input type="checkbox"/> Rückenlage	<input type="checkbox"/> Schienung	
<input type="checkbox"/> Beruhigung	<input type="checkbox"/> atemerleichternd	<input type="checkbox"/> Kühlung	
<input type="checkbox"/> Beatmung	<input type="checkbox"/> Schocklage	<input type="checkbox"/> Verband	
<input type="checkbox"/> Infusion	<input type="checkbox"/> Linksseitenlage	<input type="checkbox"/> Wunddesinfektion	

## Weiterer Verlauf

<input type="checkbox"/> Patient/in verweigert Transport / Behandlung <input type="checkbox"/> Patient/in wurde empfohlen, einen Arzt aufzusuchen	<b>Übergabe:</b> <input type="checkbox"/> RTW / KTW <input type="checkbox"/> Arzt <input type="checkbox"/> Eltern <input type="checkbox"/> in Begleitung	
	<b>Uhrzeit:</b> _____ : _____	<b>Rufname:</b> _____ / _____
	<b>Unterschrift Helfer:</b>	
	_____	
Unterschrift des Patienten:	<b>Unterschrift Zeuge:</b>	
© Björn Heumann 10'99 -- Nachdruck nur mit Genehmigung -- mail@rettungsdienst-links.de		