

.....

1. Datum u. Alarmzeiten		2. Besetzung vor Ort	
Einsatzdatum		Name Helfer 1	
Alarmzeit	Uhr	Name Helfer 2	
Ausgerückt	Uhr	Name Helfer 3	
Eingetroffen	Uhr		
Übergabe an RD um	Uhr		
Rückmeldung um	Uhr	3. Funkrufname Fahrzeug	

4. Einsatzort	Lkr. /Stadt:
Einsatzstelle	

5. Einsatzart <input type="checkbox"/> Verkehrsunfall <input type="checkbox"/> Internistischer Notfall <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall <input type="checkbox"/> Sonstiger Notfall <input type="checkbox"/> Fehlfahrt <input type="checkbox"/> paralleler Feuerwehreinsatz <input type="checkbox"/> paralleler Notarztalarm	6. Rettungsdienst vor Ort Alarmzeit Rettungsdienst _____:_____ Eintreffzeit 1. RD-Fzg. _____:_____ Fahrzeuge (RD) vor Ort <small>Anzahl Funkrufnamen</small> <input type="checkbox"/> NAW _____ <input type="checkbox"/> RTW _____ <input type="checkbox"/> NEF _____ <input type="checkbox"/> RTH _____ <input type="checkbox"/> KTW _____ Name des anwesenden Notarztes _____	7. Erstbefund (Patientendaten) Meßwerte bei Eintreffen _____ Uhr RR sys _____ dia _____ Puls _____ SpO ² _____ AF _____ BZ _____ Zwischenmeßwerte um _____ Uhr RR sys _____ dia _____ Puls _____ SpO ² _____ AF _____ BZ _____
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Patient <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich Alter _____	Bewußtseinslage <input type="checkbox"/> orientiert <input type="checkbox"/> getrübt <input type="checkbox"/> bewußtlos	Atmung <input type="checkbox"/> spontan / frei <input type="checkbox"/> Atemnot <input type="checkbox"/> Hyperventilation <input type="checkbox"/> Atemstillstand	Meßwerte bei Übergabe _____ Uhr RR sys _____ dia _____ Puls _____ SpO ² _____ AF _____ BZ _____
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Pupillenfunktion Links <input type="checkbox"/> eng <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> weit <input type="checkbox"/> entrundet <input type="checkbox"/> Lichtreaktion	rechts <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Schmerzen <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> mittelstarke <input type="checkbox"/> starke	Kreislauf <input type="checkbox"/> Puls regelmäßig <input type="checkbox"/> Puls unregelmäßig <input type="checkbox"/> Schock <input type="checkbox"/> Kreislaufstillstand
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Erkrankung <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Atmung <input type="checkbox"/> Kreislauf <input type="checkbox"/> Abdomen <input type="checkbox"/> Stoffwechsel <input type="checkbox"/> Vergiftung <input type="checkbox"/> Unterkühlung	<input type="checkbox"/> Gynäkologie <input type="checkbox"/> Pädiatrie <input type="checkbox"/> Neurologie <input type="checkbox"/> Psychiatrie <input type="checkbox"/> Sonstige	Verletzung <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Prellung / Fraktur <input type="checkbox"/> Wunde <input type="checkbox"/> Verbrennung <input type="checkbox"/> Elektrounfall <input type="checkbox"/> Sonstige <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____	Lokalisation <input type="checkbox"/> Kopf <input type="checkbox"/> Hals <input type="checkbox"/> Thorax <input type="checkbox"/> Abdomen <input type="checkbox"/> Becken <input type="checkbox"/> Wirbelsäule <input type="checkbox"/> Arme <input type="checkbox"/> Beine	EKG <input type="checkbox"/> Sinusrhythmus <input type="checkbox"/> Rhythmusstörung <input type="checkbox"/> Kammerflimmern <input type="checkbox"/> Asystolie
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

8. Notfallsituation

9. Verlaufsbeschreibung

10. Maßnahmen

- | | |
|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> Wundversorgung |
| <input type="checkbox"/> Absichern der Unfallstelle | <input type="checkbox"/> Extremitätenschiennung |
| <input type="checkbox"/> Rückmeldung an RLSt. | <input type="checkbox"/> venöser Zugang |
| <input type="checkbox"/> Einweisung anderer Hilfskräfte | <input type="checkbox"/> Infusion |
| <input type="checkbox"/> Unterstützung Rettungsdienst | <input type="checkbox"/> Atemwege freimachen |
| <input type="checkbox"/> stabile Seitenlage | <input type="checkbox"/> Sauerstoffgabe |
| <input type="checkbox"/> Oberkörperhochlage | <input type="checkbox"/> Intubation |
| <input type="checkbox"/> Flachlagerung | <input type="checkbox"/> Beatmung |
| <input type="checkbox"/> Schocklagerung | <input type="checkbox"/> Herzdruckmassage |
| <input type="checkbox"/> Vakuummatratze | <input type="checkbox"/> Erstdefibrillation |
| <input type="checkbox"/> HWS-Stützkragen | <input type="checkbox"/> EKG-Monitorring |
| <input type="checkbox"/> sonstige | <input type="checkbox"/> Medikamente |

11. Bemerkungen

12. Personal (Helfer)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Verlauf	Puls	HDM	Int/Extubation	<input type="checkbox"/> Spontanatmung <input type="checkbox"/> assistierte Beatmung <input type="checkbox"/> kontrollierte Beatmung				
	HRt %	Perzentilation %	Transport T					
220								
200								
180								
160								
140								
120								
100								
80								
60								
40								
Uhrzeit	15	30	45	15	30	45	15	30

14. Ergebnis / Übergabe

- Zustand verbessert
- Zustand unverändert
- Zustand verschlechtert
- Tod am Notfallort
- Notarzt nachgefordert
- Notarzt abbestellt

Einsatzleiter First Responder:

Name _____

Unterschrift _____

BASIS-Übernahme:

Datum _____

Zeichen _____