

Kreisverband

Ort

Uhrzeit von/bis 

Ortsverein / Bereitschaft

Veranstaltung

lfd.-Nr. 

Patientenprotokoll männl. weibl.

Name des Patienten

geb. am 

Der Hilfsstelle zugeführt durch:

Vorname

ggf. Fundort

Polizei 

Straße

RTW/KTW 

PLZ

Wohnort

San-Team 

Telefon Patient Familie Freunde

Krankenkasse

Security Angehörige

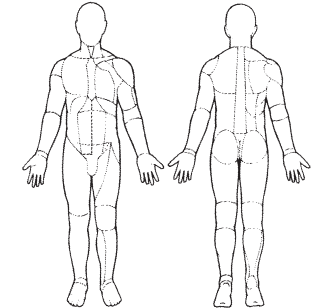
Selbst Passanten

NOTFALLSITUATION

VERLETZUNG

keine

<input type="checkbox"/> Prellung / Fraktur	<input type="checkbox"/> Wunde / Verletzung	<input type="checkbox"/> Verbrennung
<input type="checkbox"/> Inhalationstrauma	<input type="checkbox"/> Elektrounfall	<input type="checkbox"/> Sonstiges
	offen	geschlossen
	leicht	mittel
		schwer
Schädel-Hirn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HWS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brustkorb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bauch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BWS / LWS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Becken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weichteile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



ERKRANKUNG / VERGIFTUNG

keine

- Atmung
- Herz-Kreislauf
- Baucherkrankung
- Stoffwechsel
- Hitzschlag
- Vergiftung
- Unterkühlung
- Gynäkologie
- Geburtshilfe
- Hitzeerschöpfung
- Kindernotfall
- Neurologie
- Psychatrie
- alkoholisiert
- Sonstiges
- Schwindel
- Übelkeit / Erbrechen

MASSNAHMEN

keine

- stabile Seitenlage
- Extremitätenschiemung
- Sauerstoffgabe
- Oberkörperhochlage
- Wundversorgung
- Intubation
- Flachlagerung
- EKG-Monitoring
- Beatmung
- Schocklagerung
- venöser Zugang
- Herzdruckmassage
- Vakuummatratze
- Infusion
- Erstdefibrillation
- HWS-Stützkragen
- Atemwege freimachen
- Betreuung
- Medikamente
- Notkompetenzmaßnahmen
- Sonstiges:

ERSTBEFUND

kein

BEWUSSTSEINSLAGE

- orientiert
- getrübt
- bewusstlos

KREISLAUF

- Schock
- Kreislaufstillstand
- Puls regelmäßig
- Puls unregelmäßig

MESSWERTE

<input type="text"/>	RR syst.
<input type="text"/>	RR diast.
<input type="text"/>	Puls
<input type="text"/>	AF
<input type="text"/>	SpO ₂
<input type="text"/>	BZ

PUPILLENFUNKTION

- re eng li
- mittel
- weit
- entrundet
- Lichtreaktion

EKG

- Sinusrhythmus
- Rhythmusstörung
- Kammerflimmern
- Asystolie

SCHMERZEN

- keine
- mittelstarke
- starke

ATMUNG

- spontan / frei
- Atemnot
- Hyperventilation
- Atemstillstand

ERSTHELFERMASSNAHMEN

- suffizient
- insuffizient
- AED
- keine

ERGEBNIS / ÜBERGABE


- Zustand verbessert
- Zustand unverändert
- Zustand verschlechtert
- Trsp. nicht erforderlich
- Notarzt nachgefordert
- Notarzt abbestellt
- Patient lehnt Trsp. ab
- Hausarzt/ÄBD informiert
- Tod am Notfallort
- Zeit: _____

Übergabe Wertsachen:

Zeit: _____

BEMERKUNGEN

Nachforderung / Notruf

- KTW RTW NEF NAW RTH Feuerwehr Polizei Sonstiges
- Zeit: 

Transport / Übergabe / Entlassung

- Funkruf  Zeit: 
- RTH RTW KTW Polizei

Ziel

- eigenständig nach Hause ÖPNV
- Taxi / PKW Angehörige zurück zur Veranstaltung
- Sonstiges _____

Patient hat Entlassungs-Revers unterschrieben (Rückseite)











- Ja Nein

Helfername

Helfername

Unterschrift Helfer

Unterschrift Helfer

Symbole	Zeit	+ 10'	20'	30'	40'	50'	60'	70'	80'	90'	100'
Puls 	300 30										
RR 	280 28										
HLW 	260 26										
AF (R) 	240 24										
In-/Extubation 	220 22										
Beatmung:	200 20										
spontan 	180 18										
assiiert 	160 16										
kontrolliert 	140 14										
Defibrillation 	120 12										
Transport 	100 10										
	80 8										
	60 6										
	40 4										
	20 2										

Behandlungs-/Transportverweigerungserklärung
Refusal of transportation by ambulance car of medical treatment

Patient _____

Hiermit erkläre ich, dass ich heute, am _____, vom Sanitätsdienst/
Rettungsdienst über meine Erkrankung bzw. Verletzung und deren Konsequenzen aufgeklärt worden bin und
eine Behandlung oder/und Beförderung in ein Krankenhaus entgegen der Belehrung ablehne.

Für hieraus entstandene Schäden trage ich selbst die Verantwortung. Ich wurde darüber informiert, dass ich
späterhin keinerlei Ersatzansprüche wegen dieser nicht ausgeführten Beförderung/Behandlung und den sich
evtl. daraus ergebenden gesundheitlichen Schäden geltend machen kann.

*Herewith I declare, that I have been informed today _____ by the paramedics/
emergency physicians about my illness/injuries with all the possible consequences and that I refuse medical
treatment or a transportation to a hospital. I am fully responsible for all possible damages to my health and I
have been informed, that there will be no indemnifications in case of a deterioration of my medical situation.*

Datum/Date

Uhrzeit/Time

Unterschrift/Signature Patient

Art.-Nr. 410200



4 051794 027847