



# Einsatzprotokoll HvO Nufringen

Interne Nr.

Auftrags Nr. HvO

Alarmschlüssel

-

Datum:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	(TT/MM/JJ)	Alarmzeit:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Uhr
Einsatzort:	<input type="checkbox"/>	Nufringen	<input type="checkbox"/>		Ankunft HvO	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Uhr
	<input type="checkbox"/>	Nufr. Sportplatz	<input type="checkbox"/>		RTW / NEF	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Uhr
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		Einsatzende	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Uhr
Straße:	<input type="text"/>							

Einsatzfahrzeug	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	Einsatzfahrzeug	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	RD.....	Privat PKW <input type="checkbox"/>
HvO Nufringen	<input type="checkbox"/>					SNS Herrenberg	<input type="checkbox"/>						

<b>HvO Einsatzkräfte</b>		<input type="checkbox"/> >vor Ort	<input type="checkbox"/> >beim Patient
<input type="checkbox"/> P	Louis Müller	<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> P
<input type="checkbox"/> P	Christian Pfeifer	<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> P
<input type="checkbox"/> P	Peter Kohl	<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> P
<input type="checkbox"/> P	Dominic Schuld	<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> P
<input type="checkbox"/> P	Heiko Marquardt	<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> P

<b>Atemwege</b>	<input type="checkbox"/> frei	<input type="checkbox"/> verlegt	<input type="checkbox"/>
-----------------	-------------------------------	----------------------------------	--------------------------

<b>Belüftung</b>	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> Zyanose	<input type="checkbox"/> Rasseln	<input type="checkbox"/> Schnappatmung	<input type="checkbox"/> Atemnot
	<input type="checkbox"/> Hyperventilation	<input type="checkbox"/> Atemstillstand	<input type="checkbox"/> Sonstiges .....		

<b>Circulation</b>	Puls:	<input type="checkbox"/> regelmäßig	<input type="checkbox"/> unregelmäßig	<input type="checkbox"/> gut tastbar	<input type="checkbox"/> schlecht tastbar	<input type="checkbox"/> nicht tastbar			
	Haut:	<input type="checkbox"/> rosig	<input type="checkbox"/> blass	<input type="checkbox"/> blau	<input type="checkbox"/> rot	<input type="checkbox"/> warm	<input type="checkbox"/> kalt		
	<input type="text"/>	Puls	<input type="text"/>	RR sys.	<input type="text"/>	RR dia.	<input type="text"/>	SPO <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> keine Werte

<b>Defizit</b>	Bewusstsein:	<input type="checkbox"/> orientiert	<input type="checkbox"/> desorientiert	<input type="checkbox"/> getrübt	<input type="checkbox"/> bewusstlos	<input type="text"/>	BZ	
	neuro.	Pupillen:	<input type="checkbox"/> re li eng	<input type="checkbox"/> re li mittel	<input type="checkbox"/> re li weit	<input type="checkbox"/> re li keine Lichtreflexe	<input type="checkbox"/> re li entrundet	
	Schmerzen:	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark	<input type="checkbox"/> kolikartig	<input type="text"/>	0 bis 10

<b>E Verletzungen</b>	<input type="checkbox"/> keine				
	offen	geschl.	leicht	mittel	schwer
Schädel Hirn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HWS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thorax	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abdomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BWS/LWS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Becken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obere Extremit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Untere Extremit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weichteile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

re | li | li | re

## Monitoring

Zeit	Puls	RR	SPO <sup>2</sup>

Patient ☐ m ☐ w

Alter ca.  Jahre

<b>Maßnahmen</b>			
<input type="checkbox"/> Atemwege freimachen	<input type="checkbox"/> Herzdruckmassage	<input type="checkbox"/> Seitenlage	<input type="checkbox"/> Absicherung
<input type="checkbox"/> Larynxtrubus	<input type="checkbox"/> AED <input type="checkbox"/> defibriert	<input type="checkbox"/> Oberkörper hoch/sitzend	<input type="checkbox"/> Einweisung RD
<input type="checkbox"/> O2 Gabe <input type="text"/> l/min.	<input type="checkbox"/> Wundversorgung	<input type="checkbox"/> Flachlagerung	<input type="checkbox"/> Unterstützung RD
<input type="checkbox"/> Brille / Maske / Beutel	<input type="checkbox"/> HWS Fixierung	<input type="checkbox"/> Schocklage	<input type="checkbox"/> NND abwartend
<input type="checkbox"/> Sonstiges	<input type="checkbox"/> NA Nachforderung	<input type="checkbox"/> Ruhigstellung mit	

<b>Einsatzart</b>			
<input type="checkbox"/> Verkehrsunfall	<input type="checkbox"/> Chirurgischer Notfall	<input type="checkbox"/> Internistischer Notfall	<input type="checkbox"/> Pädiatrischer Notfall
<input type="checkbox"/> Arbeitsunfall	<input type="checkbox"/> Gynäkologischer Notfall	<input type="checkbox"/> Fehleinsatz	<input type="checkbox"/> Sonstiges

**Sonstiges** ☐ Feuerwehr ☐ Polizei

Protokollführer.....