

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

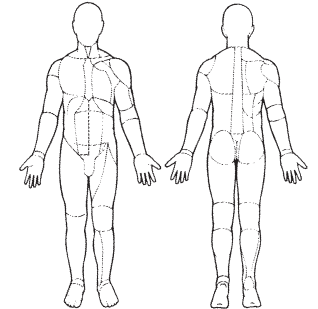
☐ 

### NOTFALLSITUATION

### VERLETZUNG

☐ keine

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



### ERKRANKUNG / VERGIFTUNG

☐ keine

- |   |   |  |   |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Atmung           | <input type="checkbox"/> Vergiftung       | <input type="checkbox"/> Kindernotfall | <input type="checkbox"/> Schwindel            |
| <input type="checkbox"/> Herz-Kreislauf   | <input type="checkbox"/> Unterkühlung     | <input type="checkbox"/> Neurologie    | <input type="checkbox"/> Übelkeit / Erbrechen |
| <input type="checkbox"/> Baucherkkrankung | <input type="checkbox"/> Gynäkologie      | <input type="checkbox"/> Psychatrie    |   |
| <input type="checkbox"/> Stoffwechsel     | <input type="checkbox"/> Geburtshilfe     | <input type="checkbox"/> alkoholisiert |   |
| <input type="checkbox"/> Hitzschlag       | <input type="checkbox"/> Hitzeerschöpfung | <input type="checkbox"/> Sonstiges     |   |

### MASSNAHMEN

☐ keine

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> stabile Seitenlage | <input type="checkbox"/> Extremitätenschiemung | <input type="checkbox"/> Sauerstoffgabe     |
| <input type="checkbox"/> Oberkörperhochlage | <input type="checkbox"/> Wundversorgung        | <input type="checkbox"/> Intubation         |
| <input type="checkbox"/> Flachlagerung      | <input type="checkbox"/> EKG-Monitoring        | <input type="checkbox"/> Beatmung           |
| <input type="checkbox"/> Schocklagerung     | <input type="checkbox"/> venöser Zugang        | <input type="checkbox"/> Herzdruckmassage   |
| <input type="checkbox"/> Vakuummatratze     | <input type="checkbox"/> Infusion              | <input type="checkbox"/> Erstdefibrillation |
| <input type="checkbox"/> HWS-Stützkragen    | <input type="checkbox"/> Atemwege freimachen   | <input type="checkbox"/> Betreuung          |
| <input type="checkbox"/> Medikamente        | <input type="checkbox"/> Notkompetenzmaßnahmen |   |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges:         |  |   |

### ERSTBEFUND

☐ kein

#### BEWUSSTSEINSLAGE

- ☐ orientiert  
☐ getrübt  
☐ bewusstlos

#### PUPILLENFUNKTION

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

#### SCHMERZEN

- ☐ keine  
☐ mittelstarke  
☐ starke

#### KREISLAUF

- ☐ Schock  
☐ Kreislaufstillstand  
☐ Puls regelmäßig  
☐ Puls unregelmäßig







#### EKG

- ☐ Sinusrhythmus  
☐ Rhythmusstörung  
☐ Kammerflimmern  
☐ Asystolie

#### ATMUNG

- ☐ spontan / frei  
☐ Atemnot  
☐ Hyperventilation  
☐ Atemstillstand


#### MESSWERTE

	RR syst.
	RR diast.
	Puls
	AF
	SpO <sub>2</sub>
	BZ


### ERSTHELFERMMASSNAHMEN

☐ suffizient ☐ insuffizient ☐ AED ☐ keine

### ERGEBNIS / ÜBERGABE



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

#### Übergabe

Wertsachen:  Zeit: 

### BEMERKUNGEN


#### Nachforderung / Notruf

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

#### 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 

