

NOTFALLPROTOKOLL

Kostenlos für alle Hilfsorganisationen, Download: (www.medicalservicekassel.de)

P.Blödow, M.Bartel GbR
Verkauf und Beratung von
Medizin- und Rettungstechnik



Name, Vorname											
Straße, Hausnummer											
PLZ, Ort											
Einsatzdatum				Geschlecht		Geburtsstag					
TT	MM	JJJJ	<input type="radio"/> m	<input type="radio"/> w	TT	MM	JJJJ				

Einsatzinformationen

Sanitätsdienst Einsatz _____

Einsatznummer - -

HiOrg /OV _____

Funk - - Alarmfahrt Anfahrt Transport

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Alarm	Aus (3)	An(4)	Pat.an
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Abfahrt (7)	Transportziel (8)	Frei (1)	Wache (2)

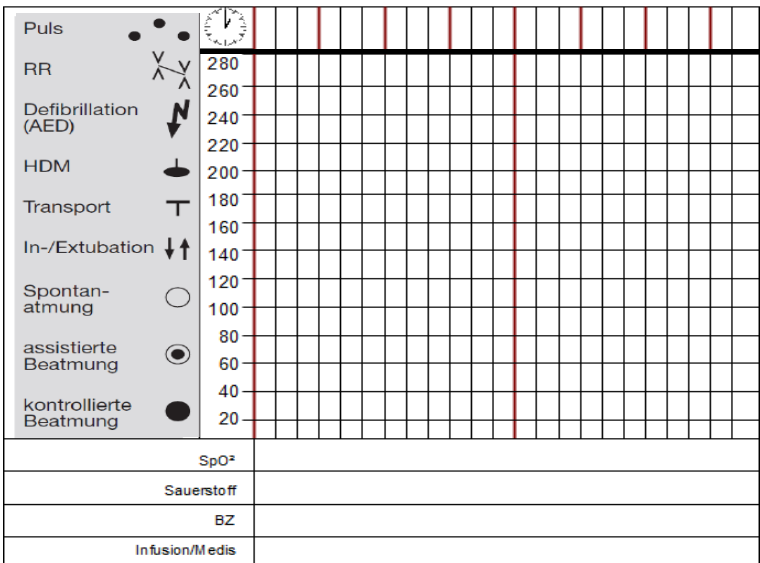
Helfer 1	Qualifikation
Helfer 2	Qualifikation
Helfer 3	Qualifikation

Nachforderung/ weitere Einsatzkräfte

<input type="text"/>	Angefordert	Ankunft
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Ersthelfer Maßnahmen

AED HLW _____



Pupillen GCS

rechts links

Lichtreaktion entrundet

Allergien/Dauermedikation

Notfallsituation

Erkrankungen initiale Messwerte

<input type="radio"/> Atmung	HF <input type="text"/>
<input type="radio"/> Kreislauf	AF <input type="text"/>
<input type="radio"/> Neurologie	RR sys <input type="text"/>
<input type="radio"/> Psychologie	RR dia <input type="text"/>
<input type="radio"/> Urologie	BZ <input type="text"/>
<input type="radio"/> Gynäkologisch	SpO ₂ <input type="text"/>
<input type="radio"/> Abdomen	Temperatur <input type="text"/>
<input type="radio"/> Stoffwechsel	
<input type="radio"/> Hypothermie	
<input type="radio"/> Sonstige: _____	

Schmerzen

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Verletzungen

▼ Wunde ▲ Prellung/Hämatom # Fraktur

	Offen	geschlossen	
<input type="radio"/> Schädel-Hirn	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<input type="radio"/> Gesicht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<input type="radio"/> HWS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<input type="radio"/> Thorax	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<input type="radio"/> Abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<input type="radio"/> Rücken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<input type="radio"/> BWS/LWS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<input type="radio"/> Becken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<input type="radio"/> Obere Extremitäten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<input type="radio"/> Untere Extremitäten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<input type="radio"/> Weichteile	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<input type="radio"/> Elektrounfall	<input type="radio"/> Inhalationstrauma		
<input type="radio"/> Sturz >3m	<input type="radio"/> Verbrennung		

Bemerkungen

Maßnahmen

<input type="radio"/> Lagerung : _____	<input type="radio"/> EKG / Monitoring
<input type="radio"/> Spineboard	<input type="radio"/> Beatmung
<input type="radio"/> Extremitätenschiene	<input type="radio"/> Sauerstoffgabe : ___ L
<input type="radio"/> HWS Stützkragen	<input type="radio"/> Herzdruckmassage
<input type="radio"/> Vakuummatratze	<input type="radio"/> Defi / AED : ___ Schocks
<input type="radio"/> Wundversorgung/Verband	<input type="radio"/> Zugang : _____
<input type="radio"/> Atemwege freimachen	<input type="radio"/> Infusion : _____
<input type="radio"/> Medikamente : _____	
<input type="radio"/> Sonstige : _____	

Verbleib Übergabe

Am Notfallort Nach Hause Transportverweigerung

Transport : _____

An : _____
Um :

Unterschrift

Name _____ Unterschrift _____

Hiermit lehne ich _____ den Transport zum/zur _____
 die Behandlung

für mich selbst / für mein Kind _____, für welches ich das Sorgerecht habe ab. Hierfür trage ich die volle Verantwortung, obwohl mich die Mitarbeiter vom _____ über mein Krankheitsbild / das Krankheitsbild meines Kindes vollständig aufgeklärt haben und auf mögliche Konsequenzen einer Ablehnung des Transportes und der klinischen Behandlung ausführlich hingewiesen haben.

Weiterhin erkläre ich ausdrücklich, dass das _____ und alle seine Mitarbeiter/innen von allen erdenklichen Schadens- und Schmerzensgeldansprüchen frei sind und ich selbst die volle Verantwortung für etwaige entstehenden Schäden trage.

Ort	Datum, Zeit	Unterschrift Patient
Ort	Datum, Zeit	Unterschrift Helfer
Ort	Datum, Zeit	Unterschrift Zeuge

Glasgow Coma Scale - GCS			
Punkte	Augen öffnen	Kommunikation	Motorik
6	---	---	Auf Aufforderung
5	---	orientiert	Gezielt auf Schmerzreiz
4	spontan	desorientiert	Ungezielt auf Schmerzreiz
3	Auf Aufforderung	Wortsalat	Abnormale Bewegungen
2	Auf Schmerzreiz	Unverständliche Laute	Strecksynergismen
1	Keine Reaktion	Keine verbale Reaktion	Keine Reaktion