

Header information: Krankenkasse, Name, Kassen-Nr., Vertragsarzt-Nr., Patient info (gender, date of birth), Einsatzgrund.

1. Rettungstechnische Daten: Einsatzdatum, dokument. RM, RettAss/RS, Notarzt, Einsatzort, Transportziel, Zeiten (Alarm, Ankunft, Abfahrt, Übergabe, Einsatzbereit, Ende), km gesamt.

2. Notfallgeschehen / Anamnese / Erstbefund: (Beschwerdebeginn, Unfallzeitpunkt, Vormedikation, Vorbehandlung, etc.)

3. Erstbefund 3.1 Neurologie: Augen öffnen, beste verbale Reaktion, beste motor. Reaktion, Glasgow-Coma-Scale, Bewusstseinslage, Pupillenweite, Meningismus.

3.2 Messwerte: RR, HF, BZ, SpO2, et CO2, Schmerz, 3.3 EKG (Sinusrhythmus, AV-Block, etc.), 3.4 Atmung, 3.5 Psych. Zustand.

4. Erstdiagnose 4.1 Erkrankung (ZNS, Herz-Kreislauf, Atmung, Stoffwechsel), 4.2 Verletzungen (Schädel-Hirn, HWS, Thorax, etc.), Unfallmechanismus, Verkehr.

4.2 Verletzungen (cont'd): Schädel-Hirn, Gesicht, HWS, Thorax, Abdomen, Becken, Obere Extremitäten, Untere Extremitäten, Weichteile, Unfallmechanismus, Verkehr, ERSTDIAGNOSE, VERDACHTSDIAGNOSE.

5. Verlauf Verlaufsbeschreibung

Vital signs table: Puls, RR, HDM, Defibrillation, Transport, In-/Extubation, Spontanatmung, assistierte Beatmung, kontrollierte Beatmung.

Maßnahmen: O2, SpO2/etCO2, Temp.

6.5 Medikamente: Dosis (mg/ml/IE) table for various drugs.

7. Übergabe 7.1 Zustand: Glasgow-Coma-Scale, orientiert, narkotisiert/sediert, getrübt, verbessert, gleich, verschlechtert.

7.2 Messwerte: RR, HF, BZ, SpO2, et CO2, Schmerz.

7.3 EKG: Sinusrhythmus, absolute Arrhythmie, Kammerflimmern/-flattern, Asystolie, Bradykardie, Schrittmacher, Infarkt-EKG.

8. Ergebnis 8.1 Einsatzbeschreibung, 8.2 Ersthelfermaßnahmen (Laien), 8.3 Notfallkategorie, 8.4 NACA-Score, 8.5 Zielklinik/Patientenübergabe.

8.3 Notfallkategorie: kein Notfall, akute Erkrankung, Vergiftung, Verletzung, Unfall, Arbeit, Sonstiger, Sportunfall, Hausunfall.

6. Maßnahmen 6.1 Herz/Kreislauf: peripher ven. Zugang, zentral ven. Zugang, intraossär. Zugang, arter. Zugang.

6.2 Atmung: Sauerstoffgabe, Freimachen der Atemwege, Absaugen, Atemwegsicherung/Intubation.

6.3 Weitere Maßnahmen: Blutstillung, Verband, Reposition, Lagerung, Cervicalstütze, Thoraxdrainage.

6.4 Monitoring: EKG-Monitor, manuelle Messung RR, Pulsoxymetrie, 12-Kanal-EKG, Kapnometrie, oszillom. Messung RR, Temperatur, Sono.

7.4 Atmung: nicht untersucht, Apnoe, Hyperventilation, Rasselgeräusche, Stridor, Atemwegverleg., Schnappatmung, Beatmung.

9. Bemerkung (z.B. Allergien, Hausarzt, Tel. Angeh. Wertsachen, etc.)

10. Ereignisdokumentation: 1 Art, Relev. Zeitp., 2 Art, Relev. Zeitp., 3 Art, Relev. Zeitp.

**Codierungen (MIND 2)**

**Einsatzort - Beschreibung des Einsatzortes**

- 00 = keine Angabe
- 01 = Wohnung
- 02 = Altenheim
- 03 = Arbeitsplatz
- 04 = Arztpraxis
- 05 = Straße
- 06 = öffentlicher Raum
- 07 = Krankenhaus
- 08 = Massenveranstaltung
- 09 = Sonstige
- 99 = nicht bekannt

**Fehleinsatz - Art des Fehleinsatzes**

- 00 = keine Angabe
- 01 = Kein Patient vorgefunden
- 02 = Patient bereits abtransportiert
- 03 = von Leitstelle abbestellt
- 04 = böswillige Alarmierung
- 05 = Einsatzabbruch aus Wettergründen
- 06 = Einsatzabbruch aus technischen Gründen
- 07 = Sonstiges
- 99 = nicht bekannt

**Liste der besonderen Ereignisse**

**Art**

**Medizintechnik /Ausstattung:**

**Störungen und Defizite**

- 67 = Beatmungsgerät
- 68 = EKG-Monitor
- 69 = automatische Blutdruckmessung
- 70 = Externer Schrittmacher
- 71 = Defibrillator
- 72 = Pulsoximetrie
- 73 = Intubationsbesteck
- 74 = Spritzenpumpe
- 75 = Andere Störungen medizintechnischer Geräte
- 76 = Gerät nicht verfügbar
- 77 = Medikament nicht verfügbar

**Zeitpunkt**

- 1 = Anfahrt
- 2 = Notfallort/Übernahme
- 3 = Transport
- 4 = Übergabe

**Klinikstatus Zielklinik/-einrichtung**

- 00 = keine Angabe
- 01 = Grund-/Regelversorgung
- 02 = Schwerpunktversorgung
- 03 = Maximalversorgung
- 04 = RehaKlinik
- 05 = Übernahme/Zwischentransp.
- 06 = Arztpraxis
- 99 = nicht bekannt

**Einsatzgrund (nach Schlüssel BÄK)**

- 00 = keine Angaben
- 01 = Bewußtsein
- 02 = Atmung
- 03 = Herz/Kreislauf
- 04 = Schädigung mit Wirkung auf Vitalfunktion
- 05 = Schwere Verkehrsunfall
- 06 = Unfall mit Kindern
- 07 = Brände/Rauchgasentwicklung mit Personenbeteiligung
- 08 = Explosions-, thermische und chem. Unfälle
- 09 = Stromunfall
- 10 = Wasserunfall, Ertrinken, Eisenbruch

**Organisation**

- 87 = bewusster Verzicht auf ärztlich indizierte Maßnahmen
- 88 = qualifizierter ärztlicher Einsatz vor RD am Einsatzort (Vertragsarzt)
- 89 = Einsatzindikation: Analgesie bei Unfall, Fraktur
- 90 = Einsatz außerhalb des regulären Einsatzgebietes
- 91 = erschwerte äußere Einsatzbedingung / abseits der Straße
- 92 = fehlerhafte Einsatzmeldung
- 93 = erforderliche Rettungsmittel (z.B. RTH) nicht verfügbar
- 94 = nächstgelegenes geeignetes Krankenhaus nicht aufnahmefähig für den Patienten
- 95 = Pat. im aufnehmenden Krankenhaus nicht bzw. unzureichend angekündigt
- 96 = qualifizierte Notfallmedizinische Hilfe vor RD bereits eingetroffen (HVO)
- 97 = aufwendige technische Rettung
- 98 = unzureichende / insuffiziente Assistenz
- 99 = inadäquate Notkompetenz

**Relevanz**

- 1 = nicht einsatzrelevant, ohne Auswirkung
- 2 = keine Verlaufsbeeinflussung
- 3 = Verlaufsbeeinflussung
- 4 = zusätzliche Schädigung

- 11 = Maschinenunfall mit Einklemmung
- 12 = Verschüttung
- 13 = drohender Suicid
- 14 = Sturz aus Höhe > 3 m
- 15 = Schuß- Stich- Hiebverletzung an Kopf- Hals Rumpf
- 16 = Geiselnahme Verbrechen
- 17 = unmittelbar einsetzende oder stattgehabte Geburt
- 18 = Vergiftungen
- 99 = nicht bekannt

**REANIMATIONSREGISTER - Erstversorgung -**

Protokoll zur Reanimationsdatenerfassung  
entspricht DGAI Reanimationsdatensatz Erstversorgung (Version 1/03)  
(Modifikation nach J.T. Gräsner / R. Franz)

Standortkennung

Patienten Ident

- vollständiger Datensatz nur mit ausgefülltem Einsatzprotokoll (Vorderseite) ! -

Einsatzzeiten			Notruf	Einsatzort	vermutete Hauptdiagnose
	First Responder/ Pflegekraft	RTW / Rea-Team	Notarzt / Arzt	Präklinik :	
Alarm	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Postleitzahl <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Kardial <input type="checkbox"/> Hypoxie <input type="checkbox"/> Metabolisch <input type="checkbox"/> ICB / SAB <input type="checkbox"/> Ertrinken <input type="checkbox"/> SIDS <input type="checkbox"/> Sonstiges <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Intoxikation <input type="checkbox"/> Verbluten <input type="checkbox"/> Stroke <input type="checkbox"/> Unterkühlung <input type="checkbox"/> Sepsis <input type="checkbox"/> AICD-Fehlfunktion <input type="checkbox"/> _____
Ausgerückt	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Art Einsatzort (s. Code) <input type="text"/>	
Eintreffen E-Ort	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Klinik :	
Eintreffen Pat. <input type="checkbox"/> nicht erfassbar	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Klinik-Code <input type="text"/>	
Transport		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Normalstation <input type="checkbox"/> ICU <input type="checkbox"/> Intermed. Care <input type="checkbox"/> Gelände <input type="checkbox"/> Funktionsbereich <input type="checkbox"/> OP <input type="checkbox"/> Notaufnahme <input type="checkbox"/> sonstige <input type="checkbox"/> Aufwachraum	
Klinik		<input type="text"/>	<input type="text"/>		

Kernmaßnahmen und Ablauf						Weitere Maßnahmen		
	Laie	First Resp./ Schwester	RTW / Rea-Team	Notarzt / Arzt	Zeitpunkt oder Reihenfolge	<b>Technik</b>	<b>Medikamente</b>	Gesamtmenge
Kollaps beobachtet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> AED	<input type="checkbox"/> Suprenin	<input type="text"/>
HLW Start	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ACD-CPR	<input type="checkbox"/> Vasopressin	<input type="text"/>
1. Defibrillation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Schrittmacher	<input type="checkbox"/> Atropin	<input type="text"/>
Intubation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> offene CPR	<input type="checkbox"/> Lysetherapie	<input type="text"/>
i.v.-Zugang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ZVK	<input type="checkbox"/> NaBi	<input type="text"/>
Erster Vasopressor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> i.o.-Nadel	<input type="checkbox"/> Lidocain	<input type="text"/>
1. ROSC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> e.b.-Medikation	<input type="checkbox"/> Amiodaron	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> nie ROSC						<input type="checkbox"/> Larynxmaske	<input type="checkbox"/> Analgeticum	<input type="text"/>
						<input type="checkbox"/> Combitubus	<input type="checkbox"/> Hypnotikum	<input type="text"/>
						<input type="checkbox"/> Larynxtube	<input type="checkbox"/> Sedativum	<input type="text"/>
						<input type="checkbox"/> chir. Atemweg	<input type="checkbox"/> Kolloide Infusion	<input type="text"/>
						<input type="checkbox"/> Intub.Larynxmaske	<input type="checkbox"/> Kristalloide Infusion	<input type="text"/>
						<input type="checkbox"/> aktive Kühlung	<input type="checkbox"/> Hypertone Infusion	<input type="text"/>
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

**Transportverweigerungserklärung**  
*Refusal of transportation by ambulance car or of medical treatment*

Patient \_\_\_\_\_

Hiermit erkläre ich, dass ich heute, am \_\_\_\_\_ vom Rettungsdienst/ Notarztdienst 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 Krankbeförderung / 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 \_\_\_\_\_

Ergebnis Reanimation / Primäres Reanimationsergebnis	Defiauswertung	Komplikationen
<input type="checkbox"/> niemals ROSC <input type="checkbox"/> ROSC : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> laufende CPR <input type="checkbox"/> End-of-ROSC : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> ROSC bei Aufnahme <input type="checkbox"/> 24-h-Überleben <input type="checkbox"/> Tod des Pat. : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> ROSC bei Aufnahme (aber keine weiteren Angaben über Verlauf möglich)	Spezifität des 1. erfolgreichen Schocks <input type="checkbox"/> PAD <input type="checkbox"/> AED-First Responder <input type="checkbox"/> AED Rettungsdienst <input type="checkbox"/> Manueller Defi RD <input type="checkbox"/> AED Arzt <input type="checkbox"/> manueller Defi Arzt Code Defihersteller <input type="text"/> <input type="text"/> Gerätetyp <input type="text"/> <input type="text"/>	<b>Atemweg</b> <input type="checkbox"/> Intubation schwierig <input type="checkbox"/> Intubation unmöglich <b>Venöser Zugang</b> <input type="checkbox"/> schwierig <input type="checkbox"/> nicht möglich <b>Technik</b> <input type="checkbox"/> Defi Fehlfunktion <input type="checkbox"/> Sonstige

**Ersthelfer / First Responder**

**Qualifikation First Responder**

- Laie
- Laie mit PAD
- Med. Ass. Personal
- KTW / MZF
- Feuerwehr
- sonstige

**QM Rettungsdienst**

**Notarznachforderung**  ja  nein

**Telefonanleitung Reanimation**  ja  nein

**Maßnahmen Notkompetenz**

- Intubation  Defibrillation AED
- venöser Zugang  Defibrillation manuell
- medikamentöse Therapie

**Bemerkungen**

---



---



---