

EINSATZ-NUMMER

Standort Einsatzdatum

Form fields for patient information: Krankenkasse bzw. Kostenträger, Name, Vorname des Versicherten, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort, Kassen-Nr., Versicherten-Nr., Status, Betriebsstätten-Nr., Arzt-Nr.

EINSATZPROTOKOLL NOTARZT RettAss/RS

Code

1. Rettungstechnische Daten

Emergency technical data form: Dokumentierendes Rettungsmittel, Weiteres Rettungsmittel, Einsatzgrund, Alarm, Ausfahrt, Ankunft, Abfahrt, Übergabe, Einsatzbereit, Ende, Notarzt, km Anfang, km Ende, km (gesamt)

2. Notfallgeschehen / Anamnese / Erstbefund

(Beschwerdebeginn, Unfallzeitpunkt, Vormedikation, Vorbehandlung) Zeit: (Ereignis, Schaden, Unfall, Symp.)

Blank space for notes and observations.

3. Erstbefund

3.1. Neurologie

Zeitpunkt unauffällig

Augen öffnen: 4 spont an, 3 auf Aufforderung, 2 auf Schmerzreiz, 1 k ein

beste verbale Reaktion: konversationsfähig, 5 orientiert, 4 desorientiert, 3 inadäquate Äußerung, 2 unverständliche Laute, 1 keine

beste motorische Reaktion: 6 auf Aufforderung auf Schmerzreiz, 5 gezielt, 4 normale Beugeabwehr, 3 abnorme Abwehr, 2 Strecksynergismen, 1 keine

Bewusstseinslage: orientiert, getrübt, narkotisiert / sediert, bewusstlos

Extremitätenbewegung: 3 normal, 2 leicht vermindert, 1 stark vermindert

Pupillenweite: eng, mittel, weit, entrundet, nicht beurteilbar

keine Lichtreaktion, Cornealreflex, Meningismus

Glasgow-Coma-Scale Summe

3.2. Messwerte

keine Temperatur

RR, BZ, Puls, SpO2, etCO2, Schmerz

3.3. EKG: Sinusrhythmus, absolute Arrhythmie, AV-Block, Kammerflimmern, Bradykardie, schmale QRS-Tachykardie, breite QRS-Tachykardie, Extrasystolen, SVES, VES, monoton, polytop, Salven

3.4. Atmung: nicht untersucht, unauffällig, Spastik, Atemwegverlegung, Beatmung, Dyspnoe, Rasselgeräusche, Schnappatmung, Hyperventilation, Zyanose, Stridor, Apnoe, nicht beurteilbar

3.5. psychischer Zustand: unauffällig, aggressiv, depressiv, wahnhaft, verwirrt, verlangsamt, euphorisch, nicht beurteilbar

4. Erstdiagnose

4.1. Erkrankung keine

ZNS: TIA / Insult / Intracraniale Blutung, Krampfanfall / Krampfleiden, sonstige Erkrankung ZNS

Herz-Kreislauf: Angina Pectoris, Herzinfarkt, Rhythmusstörung, Lungenembolie, Lungenödem / Herzinsuffizienz, hypertensive Krise, Orthostase, Herz-Kreislauf-Stillstand, PM/ICD Fehlfunktion, sonst. Erkrank. Herz/Kreislauf

Atmung: Asthma, exacerbierte COPD, Aspiration, Pneumonie / Bronchitis, Hyperventilationstetanie, Pseudokrapp / Epiglottitis, sonst. Erkrankung Atmung

Stoffwechsel: Blutzuckerentgleisung, Exsikkose, sonst. Erkr. Stoffwechsel

Psychiatrie: Psychose / Depression / Manie, Erregungszustand, Intoxikation, Entzug, Suizidversuch, sonst. Erkrankung Psychiatrie

Abdomen: akutes Abdomen, gastrointestinale Blutung, Kolik, sonst. Erkrankung Abdomen

Gynäkologie / Geburtshilfe: Geburt, vaginale Blutung, sonst. Erkrankung Gynäkologie

Sonstiges: anaphylaktische Reaktion, Unterkühlung, Ertrinken, SIDS, sonstige Intoxikation, Tumorleiden / Finalstadium, unbekannte Erkrankung

4.2. Verletzungen keine

Schädel-Hirn, Gesicht, HWS, Thorax, Abdomen, BWS / LWS, Becken, Obere Extremitäten, Untere Extremitäten, Weichteile

Unfallmechanismus: Verbrennung/Verbrühung, Trauma, Verkehr, Inhalationstrauma, Polytrauma, Elektroofall, andere

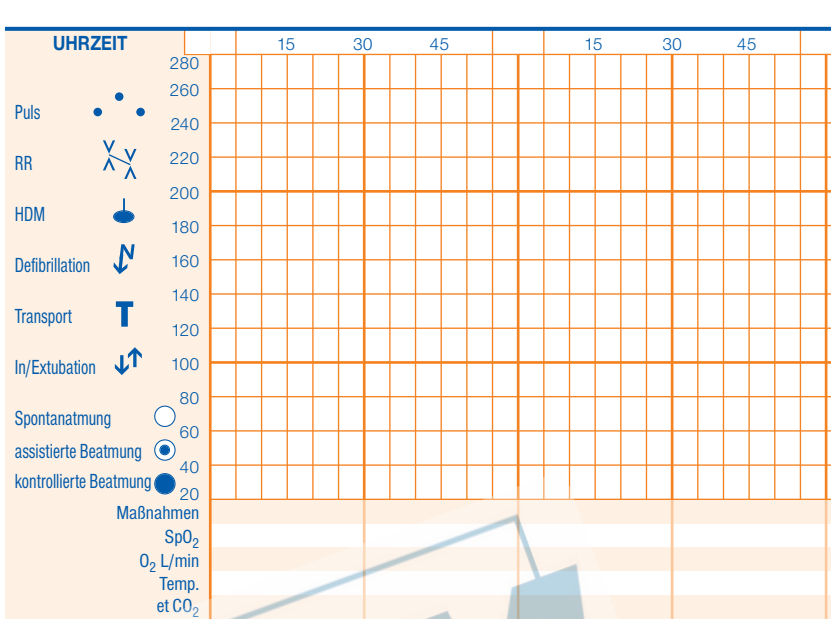
ERSTDIAGNOSE (Notarzt) VERDACHTSDIAGNOSE (RettAss/RS)

ICD 1, ICD 2, ICD 3

5. Verlauf

Verlaufsbeschreibung

Blank space for course description.



6.5. Medikamente

Table for medication administration: 1-10, Dosis (mg/ml/IE), Medikamente, Dosis (mg/ml/IE)

keine Medikamente, Analgetika, Opiate, Antihypertensiva, Antikoagulantien, Kortikosteroide, Muskelrelaxantien, Infusionen, Kristalloide, Antiarhythmika, Bronchodilantien, Narkotika, Kolloide, Antidota, Diuretika, Sedativa, Small Volume Lsg., Antiemetika, Glukose, Thrombolytikum, Pufferlösung, Antiepileptika, Katecholamine, Vasodilantien, Sonstige

7. Übergabe

7.1. Zustand

verbessert, gleich, verschlechtert, Glasgow-Coma-Scale, orientiert, narkotisiert/sediert, getrübt, bewusstlos

7.2. Messwerte: RR, BZ, Puls, SpO2, etCO2, Schmerz

8. Ergebnis

8.1. Einsatzbeschreibung: Transport ins KH, Sekundäreinsatz, Patient lehnt Transport ab, nur Untersuchung/Behandlung, Übergabe an anderes Rettungsmittel

8.2. Ersthelfermaßnahmen (Laien): suffizient, AED, insuffizient, keine

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

8.4. NACA-Score: I geringfügige Störung, II ambulante Abklärung, III stationäre Behandlung, IV akute Lebensgefahr, V nicht auszuschließen, VI akute Lebensgefahr, VII Tod

8.5. Zielklinik / Patientenübergabe: Notaufnahme, Intensiv-Stat., OP, Allgemeinstat., Arztpraxis, k.A.

6. Maßnahmen

6.1. Herz / Kreislauf keine

peripher-ven. Zugang, zentral-ven. Zugang, Ort, Größe, Anzahl

peripher-ven. Zugang, zentral-ven. Zugang, Ort, Größe, Anzahl

intraossäre Kanüle, art. Kanüle, Ort, Größe, Anzahl

Spritzenpumpe, Schrittmacher (extern), Reanimation / HDM, Defibrillation / Kardioversion, monphasisch, biphasisch, Anzahl, Joule letzte Defi.

Zeit 1. Defi, Zeit 1. ROSC, Reanimationsregister (DIVI-MIND 2) s. Rückseite - nur RD / NA

6.2. Atmung keine: Sauerstoffgabe, Freimachen der Atemwege, Absaugen, Atemwegssicherung / Intubation, manuell, ITN oral, maschinell, ITN nasal

Beatmung: LMA, Combitubus, chir./tracheost., andere, Tubus Gr. ID, AMV, AF, PEEP, Fi O2

6.3. Weitere Maßnahmen keine: Anästhesie, Blutstillung, Verband, Entbindung, Magensonde, Krisenintervention

Reposition, Ort, bes. Lagerung, Cervicalstütze, Vakuummattreze, Schaufeltrage, Thoraxdrainage, rechts, links, Ch

Sonstiges

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

7.3. EKG nicht untersucht: Sinusrhythmus, absolute Arrhythmie, AV-Block, II°, III°, Bradykardie, schmale QRS-Tachykardie, breite QRS-Tachykardie, Kammerflimmern / -flattern, elektromechanische Dissoziation, Asystolie, Schrittmacher, Infarkt-EKG

7.4. Atmung nicht untersucht: unauffällig, Dyspnoe, Zyanose, Spastik, Rasselgeräusche, Stridor, Apnoe, Atemwegverlegung, Schnappatmung, Hyperventilation, nicht beurteilbar

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

8.4. NACA-Score: I geringfügige Störung, II ambulante Abklärung, III stationäre Behandlung, IV akute Lebensgefahr, V nicht auszuschließen, VI akute Lebensgefahr, VII Tod

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

Übergabe an: Übergeben wurden: Übergeben Chip, arte, Blut, EKG, Prothesen, Wertsachen, Andere

Unterschrift Notarzt, Unterschrift RettAss / RS

Arztbrief erbeten, ZEK (s. Rückseite), Nachforderung Notarzt, Parallellarm NA, Notkompetenz RettAss / RS

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

Klinikstatus Zielklinik/-einrichtung

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

Einsatzindikation (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
- 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

Einsatzrelevante Besonderheiten

Art

- 067 = Beatmungsgerät
- 068 = EKG-Monitor
- 069 = Automatische Blutdruckmessung
- 070 = Externer Schrittmacher
- 071 = Defibrillator
- 072 = Pulsoximetrie
- 073 = Intubationsbesteck
- 074 = Spritzenpumpe
- 075 = Andere Störungen Medizintechn. Geräte
- 076 = Gerät nicht verfügbar
- 077 = Medikament nicht verfügbar

Organisation

- 087 = bewusster Verzicht auf ärztl. indizierte Maßnahmen
- 088 = Qualifizierter ärztlicher Einsatz vor Rettungsdienst am Einsatzort (Vertragsarzt)
- 089 = Einsatzindikation: Analgesie b. Unfall, Fraktur
- 090 = Einsatz außerhalb des regul. Einsatzgebietes
- 091 = erschwerte äußere Einsatzbedingung/abseits der Straße
- 092 = fehlerhafte Einsatzmeldung
- 093 = erforderliches Rettungsmittel (z.B. RTH) nicht verfügbar
- 094 = nächstgeleg. geeign. KH nicht aufnahmebereit für den Patienten
- 095 = Pat. im aufnehmenden Krankenhaus nicht bzw. unzureichend angekündigt
- 096 = Qualifizierte notfallmedizinische Hilfe vor RD bereits eingetroffen (HVO)
- 097 = aufwändige technische Rettung
- 098 = unzureichende / insuffiziente Assistenz
- 099 = inadäquate Notkompetenz

Art	1.	2.	3.
	□ □ □	□ □ □	□ □ □
Zeitpunkt	□ □	□ □	□ □
Relevanz	□ □	□ □	□ □

Zeitpunkt

- 01 = Anfahrt
- 02 = Notfallort/Übernahme
- 03 = Transport
- 04 = Übergabe

Relevanz

- 01 = ohne Auswirkung
- 02 = keine Verlaufsbeeinflussung
- 03 = Verlaufsbeeinflussung
- 04 = zusätzliche Schädigung

Transportverweigerungserklärung

Refusal of transportation by ambulance car or of medical treatment

Patient _____

Hiermit erkläre ich, dass ich heute, am _____ v. _____ um _____ 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 Krankenbeförderung / 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 _____

Unterschrift Zeuge/Signature witness _____

REANIMATIONSREGISTER – Erstversorgung –

Protokoll zur Reanimationserfassung – entspricht DGAI Reanimationsdatensatz Erstversorgung (Version 1.6 01/09)– (Modifikation nach J.T. Gräsner / R. Franz / J. Wnent)

Standort-Kennung	Protokollnummer	Geburts-Datum	<input type="checkbox"/> w – vollständiger Datensatz nur mit ausgefülltem Einsatzprotokoll (Vorderseite)! – <input type="checkbox"/> m																																																						
1. Patienten-Identifikation		2. Patienten-Identifikation																																																							
Einsatzzeiten Kollaps-Zeitpunkt <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Notruf <input type="text"/> <input type="text"/>		Einsatzort <input type="checkbox"/> Reanimation außerhalb des Krankenhauses Postleitzahl <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Wohnung <input type="checkbox"/> Altenheim <input type="checkbox"/> Arbeitsplatz <input type="checkbox"/> Arztpraxis <input type="checkbox"/> Straße <input type="checkbox"/> Öffentlicher Raum <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> Massenveranstaltung <input type="checkbox"/> Sonstige 																																																							
<input type="checkbox"/> Reanimation innerhalb des Krankenhauses Klinik-Code <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Normal Station <input type="checkbox"/> Intermed. Care <input type="checkbox"/> Intensivstation <input type="checkbox"/> Notaufnahme <input type="checkbox"/> OP <input type="checkbox"/> Aufwachraum <input type="checkbox"/> Funktionsbereich <input type="checkbox"/> Gelände <input type="checkbox"/> Sonstige 		Vermutete Ursache <input type="checkbox"/> kardial <input type="checkbox"/> SIDS <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Verbluten <input type="checkbox"/> Ertrinken <input type="checkbox"/> Stroke <input type="checkbox"/> Hypoxie <input type="checkbox"/> metabolisch <input type="checkbox"/> Intoxikation <input type="checkbox"/> sonstiges <input type="checkbox"/> ICB / SAB <input type="checkbox"/> nicht bekannt																																																							
Erstbefunde AED-Schockfreigabe <input type="checkbox"/> Ja /Laie <input type="checkbox"/> Ja /RD <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt		Hauptdiagnose <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>																																																							
Kernmaßnahmen und Ablauf <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>Laie</th> <th>First Resp.</th> <th>RTW Rea-Team</th> <th>Notarzt / Arzt</th> <th>Zeitpunkt oder Reihenfolge</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kollaps beobachtet</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>HLW Start</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>1. Defibrillation</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Intubation</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>i.V. Zugang</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Erster Vasopressor</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>1. ROSC durch</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td colspan="6"><input type="checkbox"/> niemals ROSC</td> </tr> </tbody> </table>			Laie	First Resp.	RTW Rea-Team	Notarzt / Arzt	Zeitpunkt oder Reihenfolge	Kollaps beobachtet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	HLW Start	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	1. Defibrillation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Intubation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	i.V. Zugang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Erster Vasopressor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	1. ROSC durch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> niemals ROSC						Weitere Maßnahmen Technik <input type="checkbox"/> AED <input type="checkbox"/> ZVK <input type="checkbox"/> ACD-CPR <input type="checkbox"/> durch Vorbehandelnde <input type="checkbox"/> durch eig. Rettungsmittel <input type="checkbox"/> beides (fortlaufend) <input type="checkbox"/> nicht klassifiziert <input type="checkbox"/> Schrittmacher <input type="checkbox"/> i.o.-Nadel <input type="checkbox"/> durch Vorbehandelnde <input type="checkbox"/> durch eig. Rettungsmittel <input type="checkbox"/> beides (fortlaufend) <input type="checkbox"/> nicht klassifiziert <input type="checkbox"/> offene CPR <input type="checkbox"/> eb-Medikation <input type="checkbox"/> autom. Thoraxkompressionssysteme <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> weitere Technik z.B. ResQPod®	
	Laie	First Resp.	RTW Rea-Team	Notarzt / Arzt	Zeitpunkt oder Reihenfolge																																																				
Kollaps beobachtet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>																																																				
HLW Start	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>																																																				
1. Defibrillation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>																																																				
Intubation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>																																																				
i.V. Zugang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>																																																				
Erster Vasopressor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>																																																				
1. ROSC durch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>																																																				
<input type="checkbox"/> niemals ROSC																																																									
Primäres Reanimationsergebnis primäres Reanimationsergebnis <input type="checkbox"/> niemals ROSC = Rea erfolglos <input type="checkbox"/> 24 h Überleben <input type="checkbox"/> jemals ROSC <input type="checkbox"/> keine weiteren Angaben zum 24 h Überleben <input type="checkbox"/> laufende ROSC <input type="checkbox"/> ROSC bei Aufnahme KH oder > 30min. <input type="checkbox"/> nicht klassifiziert		Defiauswertung Spezifität des 1. erfolgreichen Schocks <input type="checkbox"/> PAD <input type="checkbox"/> man. Defi RD <input type="checkbox"/> AED-First Respon. <input type="checkbox"/> AED Arzt <input type="checkbox"/> AED RD <input type="checkbox"/> man. Defi Arzt Art des erfolgreichen Schocks <input type="checkbox"/> monophasisch bis 200 Joule <input type="checkbox"/> mono ≥ 200 Joule <input type="checkbox"/> biphasisch bis 200 Joule <input type="checkbox"/> biphasisch ≥ 200 Joule <input type="checkbox"/> nicht bekannt Energie 1. erf. Schocks <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Anzahl Defischocks <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Code Defihersteller <input type="text"/> <input type="text"/> Code Defibrillator <input type="text"/> <input type="text"/>																																																							
Erstherfer / First Responder Qualifikation First Responder <input type="checkbox"/> Laie <input type="checkbox"/> Med. Ass. Personal <input type="checkbox"/> Feuerwehr <input type="checkbox"/> Laie mit PAD <input type="checkbox"/> KTW / MZF <input type="checkbox"/> Sonstige		Komplikationen Atemweg <input type="checkbox"/> Intubation schwierig <input type="checkbox"/> Intubation unmöglich Venöser Zugang <input type="checkbox"/> Schwierig <input type="checkbox"/> nicht möglich																																																							
Erstherfermaßnahmen <input type="checkbox"/> keine Maßnahmen <input type="checkbox"/> zusätzlicher AED <input type="checkbox"/> Basic Life Support (BLS) <input type="checkbox"/> nicht bekannt		Hilfetext für die Einsatzbesonderheiten nebenstehend Einsatzbesonderheiten 1.techn. Fehlfunktionen <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Einsatzbesonderheiten 2.techn. Fehlfunktionen <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>																																																							
Erstherfermaßnahmen nur Herzdruckmassage <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt		1. Relevanz <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 2. Relevanz <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>																																																							
QM Rettungsdienst Notarznachforderung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Telefonanleitung Rea. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Maßnahmen Notkompetenz <input type="checkbox"/> Intubation <input type="checkbox"/> Defibril. manuell <input type="checkbox"/> Ven. Zugang <input type="checkbox"/> Medikam. Therapie <input type="checkbox"/> Defibrillation AED		Auswertungsoptionen mit WV Zielklinik <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NEF Kennung <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>																																																							
Bemerkungen _____																																																									

DokuFORM Verlags-GmbH · Schlossstraße 4 · 23626 Ratekau · Tel 0 700 / 36 58 36 76 · Fax 0 45 02 / 30 94 81 · Email: info@dokuform.de · www.dokuform.de