

ERSTHELFERPROTOKOLL für den Sanitäts- und „First Responder“-Dienst

Patient

Krankenkasse bzw. Kostenträger Geburtsdatum

Name, Vorname des Versicherten männlich weiblich

Straße, Hausnummer

PLZ Ort

Organisation (Stempel)

Einsatz First Responder-Einsatz Einsatz bei Sanitätsdienst

Einsatzdatum Einsatz-Nr. Standort

Einsatzfahrzeug Einsatzauftrag durch

Alarmzeit Ausrücken Ankunft km gesamt

Übergabe Ankunft Rettungsdienst Einsatzende

Eingesetzte Helfer Ausbildungsstand

Name EH San RH RS RA NA

Name EH San RH RS RA NA

Name EH San RH RS RA NA

Name EH San RH RS RA NA

Einsatzort/Auffindeort

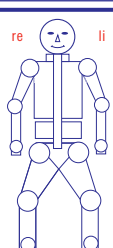
Situation vor Ort Versorgung an Sanitätsstation

BESCHWERDEN internistisch/neurologisch chirurgisch pädiatrisch

Anamnese/Vorerkrankung/Dauermedikation/Allergien

UNFALLHERGANG Verkehrsunfall Brandeinsatz Sturz Sportunfall

Verletzungsmuster keine Prellung/Fraktur Wunde/Verletzung Verbrennung Fraktur/V.a. Inhalationstrauma Elektrounfall Sonstige



BEWUSSTSEINSLAGE <input type="checkbox"/> wach/orientiert <input type="checkbox"/> wach/desorientiert <input type="checkbox"/> schläfrig/getrückt <input type="checkbox"/> bewusstlos ATMUNG <input type="checkbox"/> spontan/frei <input type="checkbox"/> Atemnot <input type="checkbox"/> Hyperventilation <input type="checkbox"/> Atemstillstand SCHMERZEN <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> mittelstark <input type="checkbox"/> stark	UHRZEIT				
	Blutdruck	mmHg	mmHg	mmHg	mmHg
	Herzfrequenz	/min	/min	/min	/min
	SpO ₂	%	%	%	%
	Blutzucker	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl
Sonstiges					

Maßnahmen

Absicherung der Einsatzstelle Lagermeldung an Leitstelle
 Nachforderung Rettungsmittel Unterstützung des Rettungsdienstes
 Tragehilfe Lotsendienst

LAGERUNG

Oberkörper hoch/sitzend Flachlagerung
 Seitenlage Schocklagerung

VERSORGUNG

Betreuung des Patienten Wärmeerhaltung

SONSTIGES

Wundversorgung Kältebehandlung
 Halskrause Spineboard/Schaufeltrage
 Vakuummattatze KED
 Schienung

SAUERSTOFFGABE

Maske l/min
 Brille/Sonde

Freimachen der Atemwege
 Absaugung
 Guedel-Tubus
 Beatmung assistiert
 Beatmung kontrolliert

Herzdruckmassage

AED

angeschlossen Schock empfohlen
 Anzahl Schocks

INFUSION (Vollelektrolyt z.B. Ringer)

vorbereitet angelegt

i.v. ZUGANG

vorbereitet angelegt Ort Größe

LARYNXTUBUS

nicht erfolgreich erfolgreich Größe

INTUBATION

nicht erfolgreich erfolgreich Größe

Invasive Maßnahmen durchgeführt durch

Name/Unterschrift

Übergabe an nur Versorgung/Hilfeleistung

Sonstiges Maßnahmen wurden teilweise/vollständig verweigert

Materialverbrauch

Schlüssel 0 0 0 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Menge 1	Schlüssel 0 0 0 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Menge 1	Schlüssel 0 0 0 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Menge 1	Schlüssel 0 0 0 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Menge 1	Schlüssel 0 0 0 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Menge 1	Schlüssel 0 0 0 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Menge 1
1 1 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	2	1 1 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	2	1 1 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	2	1 1 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	2	1 1 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	2	1 1 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	2
2 2 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	3	2 2 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	3	2 2 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	3	2 2 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	3	2 2 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	3	2 2 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	3
3 3 3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	4	3 3 3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	4	3 3 3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	4	3 3 3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	4	3 3 3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	4	3 3 3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	4
4 4 4 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	5	4 4 4 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	5	4 4 4 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	5	4 4 4 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	5	4 4 4 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	5	4 4 4 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	5
5 5 5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	6	5 5 5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	6	5 5 5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	6	5 5 5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	6	5 5 5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	6	5 5 5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	6
6 6 6 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	7	6 6 6 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	7	6 6 6 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	7	6 6 6 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	7	6 6 6 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	7	6 6 6 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	7
7 7 7 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	8	7 7 7 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	8	7 7 7 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	8	7 7 7 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	8	7 7 7 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	8	7 7 7 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	8
8 8 8 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	9	8 8 8 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	9	8 8 8 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	9	8 8 8 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	9	8 8 8 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	9	8 8 8 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	9
9 9 9 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	≥10	9 9 9 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	≥10	9 9 9 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	≥10	9 9 9 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	≥10	9 9 9 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	≥10	9 9 9 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	≥10
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 Krankentransport / 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 _____