

Patientenprotokoll

Datum: ____:____:____

DLRG LV Saar e.V.

Einsatzort: _____

Ersthelfer: _____ Gliederung: _____

Alarmierung: nein | ja, um ____:____ Uhr RtLst (19222) Arzt Sonstige

Nachforderung: weiter Helfer ____:____ Uhr RTW/KTW ____:____ Uhr Arzt/Notarzt ____:____ Uhr

Patientendaten: m w

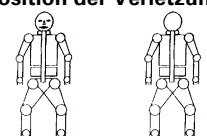
Name, Vorname : _____ geb.: _____

Straße, PLZ Ort: _____

Jemanden benachrichtigen: nein ja, wenn: _____ Tel: _____
Erfolgt um ____:____ Uhr, durch _____

Notfallgeschehnis: (wenn dieser Platz nicht ausreicht, bitte auf der Rückseite weiterschreiben)

Patientenzustand + Verletzungen bei Erstuntersuchung:

Bewusstsein <input type="checkbox"/> orientiert / klar <input type="checkbox"/> getrübt <input type="checkbox"/> bewusstlos <input type="checkbox"/> verwirrt Psychiatrie <input type="checkbox"/> ruhig <input type="checkbox"/> Erregungszustand Schmerzen <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> stark	Kreislauf Puls _____ min ⁻¹ <input type="checkbox"/> regelmäßig <input type="checkbox"/> unregelmäßig <input type="checkbox"/> schwach <input type="checkbox"/> nicht tastbar Blutdruck: ____ / ____ mmHg Blutzucker: _____ mg/dl <input type="checkbox"/> Blässe, Kaltschweiß <input type="checkbox"/> Schmerz im Bereich Brust, Rücken <input type="checkbox"/> Kreislaufstillstand	Atmung Frequenz _____ min ⁻¹ <input type="checkbox"/> spontan / frei <input type="checkbox"/> Atemnot <input type="checkbox"/> Atemwegsverlegung <input type="checkbox"/> violett bis bläuliche Hautfarbe <input type="checkbox"/> Hyperventilation <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Atemstillstand	Verletzung <input type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> Insektenstich <input type="checkbox"/> allergische Reaktion <input type="checkbox"/> Hitzeschaden <input type="checkbox"/> Unterkühlung <input type="checkbox"/> Verdacht auf Knochenbruch <input type="checkbox"/> Blutungen <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> stark <input type="checkbox"/> Verbrennung <input type="checkbox"/> Ertrinken <input type="checkbox"/> Elektrounfall	Position der Verletzung  Sonstiges _____ _____
---	---	---	--	--

Verlauf

Zeit	Bewusstsein	Puls min ⁻¹	Blutdruck mmHg	Atmung min ⁻¹	Haut	Lagerung	Maßnahmen und Veränderungen Patientenzustand
____:____	<input type="checkbox"/> orientiert/klar <input type="checkbox"/> getrübt <input type="checkbox"/> bewusstlos <input type="checkbox"/> verwirrt		/			<input type="checkbox"/> Oberkörperhochlage <input type="checkbox"/> Schocklage <input type="checkbox"/> Flachlage <input type="checkbox"/>	
____:____	<input type="checkbox"/> orientiert/klar <input type="checkbox"/> getrübt <input type="checkbox"/> bewusstlos <input type="checkbox"/> verwirrt		/			<input type="checkbox"/> Oberkörperhochlage <input type="checkbox"/> Schocklage <input type="checkbox"/> Flachlage <input type="checkbox"/>	
____:____	<input type="checkbox"/> orientiert/klar <input type="checkbox"/> getrübt <input type="checkbox"/> bewusstlos <input type="checkbox"/> verwirrt		/			<input type="checkbox"/> Oberkörperhochlage <input type="checkbox"/> Schocklage <input type="checkbox"/> Flachlage <input type="checkbox"/>	

Durchgeführte Maßnahmen:

Blutstillung Wundversorgung Kühlung Wärmeerhaltung Überwachung Vitalfunktion
 Betreuung Sauerstoffgabe: ____l/min Beatmung Herzdruckmassage Auf Tetanusgefahr hingewiesen
 Sonstige: _____

Ergebnis / Übergabe:

Zustand verbessert unverändert verschlechtert Tod am Notfallort
 Übergabe an RD Fahrzeug: Rufn. _____ Transport in Krankenhaus _____ Patient lehnt Transport ab

Unterschrift Ersthelfer

Unterschrift WaFü / EL