

Patientendaten		Einsatzdaten	
Name		Datum	
Vorname		Uhrzeit	
Geb.dat.		Ort	
Strasse			
Wohnort			
Tel. Angehörige		Betriebssanitäter	
Unfallhergang / Ereignis			
.....			
.....			
Vorliegende Verletzung(en) / Erkrankung(en)			
.....			
.....			
Zustand des Patienten			
<u>Bewusstsein</u>	<input type="checkbox"/> Bewusstseinsklar	<input type="checkbox"/> Bewusstseinsgetrückt	<input type="checkbox"/> Bewusstlos
<u>Kreislauf</u>	1. Blutdruck/..... mmHg	2. Blutdruck/..... mmHg	
	1. Puls/Min.	2. Puls/Min	
<u>Atmung</u>	<input type="checkbox"/> Keine Atemnot	<input type="checkbox"/> Atemnot leicht / schwer	<input type="checkbox"/> Atemstillstand
<u>Haut</u>	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Blaufärbung	<input type="checkbox"/> Bleich
		<input type="checkbox"/> Rötung	<input type="checkbox"/> Kaltschweissig
<u>Pupillen</u>	Form	Links: <input type="checkbox"/> Rund	<input type="checkbox"/> Entrundet
		Rechts: <input type="checkbox"/> Rund	<input type="checkbox"/> Entrundet
	Grösse	Links: <input type="checkbox"/> Eng	<input type="checkbox"/> Mittel <input type="checkbox"/> Weit
		Rechts: <input type="checkbox"/> Eng	<input type="checkbox"/> Mittel <input type="checkbox"/> Weit
	Lichtreaktion	Links: <input type="checkbox"/> Spontan	<input type="checkbox"/> Verzögert <input type="checkbox"/> Keine
		Rechts: <input type="checkbox"/> Spontan	<input type="checkbox"/> Verzögert <input type="checkbox"/> Keine
<u>Weitere</u>	<input type="checkbox"/> Alkohol	<input type="checkbox"/> Drogen	
Durchgeführte Massnahmen			
<u>Lagerung</u>	<input type="checkbox"/> Seitenlagerung	<input type="checkbox"/> Oberkörperhoch	<input type="checkbox"/> Flachlagerung <input type="checkbox"/> Schocklagerung
<u>Atmung</u>	<input type="checkbox"/> Beatmung		
	<input type="checkbox"/> Sauerstoff..... Liter/Min. (Sonde / Brille / Maske)		
<u>Kreislauf</u>	<input type="checkbox"/> Blutdruckmessung (Werte siehe Zustand des Patienten)		
	<input type="checkbox"/> Thoraxkompressionen (Beginn:.....Uhr)		
<u>Medikamente</u>		
<u>Weitere</u>		
Patienteneffekten			
.....			
Weitere Behandlung			
	<input type="checkbox"/> Spital (Ambulanz / Taxi)	<input type="checkbox"/> Arzt (Taxi / selbst)	<input type="checkbox"/> Nach Hause