

Einsatzprotokoll

<b>Patientendaten</b>		<b>Einsatzdaten</b>	
Name	.....	Datum	.....
Vorname	.....	Uhrzeit	.....
Geb.dat.	.....	Ort	.....
Strasse	.....		.....
Wohnort	.....	Ersthelfer 1	.....
Tel. Angehörige	.....	Ersthelfer 2	.....
<b>Atmung (Atemwege frei?)</b>	<input type="checkbox"/> Atemwege frei	<input type="checkbox"/> Pfeifen ( <input type="checkbox"/> Einatmung   <input type="checkbox"/> Ausatmung)	<input type="checkbox"/> Fremdkörper-Aspiration
<b>Belüftung</b>	<input type="checkbox"/> Keine Atemnot	<input type="checkbox"/> Atemnot ( <input type="checkbox"/> leicht   <input type="checkbox"/> schwer)	<input type="checkbox"/> Atemstillstand
	<input type="checkbox"/> Blaufärbung ( <input type="checkbox"/> Lippen   <input type="checkbox"/> Haut)		
	..... Uhr: SpO2 .....%		..... Uhr: SpO2 .....%
	<input type="checkbox"/> Beatmung	<input type="checkbox"/> Sauerstoff	..... Liter/Min. (Sonde   Brille   Maske)
<b>Circulation (Kreislauf stabil?)</b>	..... Uhr: Blutdruck ...../..... mmHg		Puls ...../ Min.
	..... Uhr: Blutdruck ...../..... mmHg		Puls ...../Min.
	<input type="checkbox"/> Kreislaufstillstand	<input type="checkbox"/> BLS 30:2 (Beginn: ..... Uhr)	<input type="checkbox"/> AED ..... Mal
<b>Disability</b>	<input type="checkbox"/> Bewusstseinsklar	<input type="checkbox"/> Bewusstseinsgetrübt	<input type="checkbox"/> Bewusstlos
	<input type="checkbox"/> Alkohol	<input type="checkbox"/> Drogen	<input type="checkbox"/> .....
	Pupillen: Form	li. <input type="checkbox"/> rund <input type="checkbox"/> entrundet	re. <input type="checkbox"/> rund <input type="checkbox"/> entrundet
		Grösse li. <input type="checkbox"/> eng <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> weit	re. <input type="checkbox"/> eng <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> weit
		Lichtreakt. li. <input type="checkbox"/> sofort <input type="checkbox"/> langsam <input type="checkbox"/> nein	re. <input type="checkbox"/> sofort <input type="checkbox"/> langsam <input type="checkbox"/> nein
	Motorik: <input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> Befund: .....	
	Sensibilität: <input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> Befund: .....	
<b>Exposure</b>	<input type="checkbox"/> Haut normal	<input type="checkbox"/> Haut heiss	<input type="checkbox"/> Haut kalt
	<input type="checkbox"/> Haut bleich	<input type="checkbox"/> Haut grau	<input type="checkbox"/> Haut gelb
		<input type="checkbox"/> Sch weiss ( <input type="checkbox"/> kalt / <input type="checkbox"/> warm)	<input type="checkbox"/> Haut gerötet
<b>Symptome</b>	.....		
<b>Allergien</b>	.....		
<b>Medikamente</b>	.....		
<b>Patientengeschichte</b>	.....		
<b>Letzte Mahlzeit</b>	.....		
<b>Ereignisse vor Beginn</b>	.....		
<b>Risikofaktoren</b>	.....		
<b>Unfallhergang</b>	.....		
<b>Bodycheck</b>	.....		
<b>Leitdiagnose</b>	.....		
<b>Massnahmen</b>	<input type="checkbox"/> Seitenlagerung	<input type="checkbox"/> Oberkörper hoch	<input type="checkbox"/> Flachlagerung
			<input type="checkbox"/> Sitzend
<b>Medikamente</b>	.....		
<b>Weitere</b>	.....		
<b>Patienteneffekten</b>	abgegeben an .....		
<b>Weiterbehandlung</b>	<input type="checkbox"/> Spital (Ambulanz   Taxi)	<input type="checkbox"/> Arzt (Taxi   selbst)	<input type="checkbox"/> Nach Hause (begleitet   allein)