



- WRD
- Wachstation
- SanDienst
- HvO

KWW	<input type="text"/>	Ortsgruppe	<input type="text"/>	KWW-Nummer	<input type="text"/>	OG-Nummer	<input type="text"/>
Datum	<input type="text"/>	Alarm durch	<input type="text"/>	ILS-Nummer	<input type="text"/>		

Einsatzmeldung:	<input type="text"/>	Einsatzstelle:	<input type="text"/>
-----------------	----------------------	----------------	----------------------

EINSATZZEITEN / EINSATZART			
Alarm	<input type="text"/>	Ausrücken	<input type="text"/>
Nachforderung	<input type="text"/>	Übergabe	<input type="text"/>
		Einsatzstelle an	<input type="text"/>
		Ende/Zurück	<input type="text"/>

Einsatzart:
 55 – med. Notfall
 80 - HvO
 sonstiger Einsatz

PATIENTENDATEN <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers			
Name	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>
Geb.-Datum	<input type="text"/>		
Straße und HNr.	<input type="text"/>	PLZ	<input type="text"/>
		Ort	<input type="text"/>
Krankenkasse und Vers.-Nr.	<input type="text"/>		

NOTFALLSITUATION
Patient ist Ersthelfer bei einem Unfall/Notfall gewesen und wurde im Rahmen der Hilfeleistung verletzt? <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA

SCHMERZSKALA / ERSTEINSCHÄTZUNG
<input type="checkbox"/> ggf. KTW / RTW anfordern? <input type="checkbox"/> bereits alarmiert <input type="checkbox"/> RTW nachgefordert <input type="checkbox"/> ggf. Notarzt anfordern? <input type="checkbox"/> Notarzt nachgefordert

ZEIT:	Initial	<input type="checkbox"/> starke Blutung	X	<input type="checkbox"/> manuelle Blutstillung <input type="checkbox"/> Druckverband <input type="checkbox"/> Tourniquet <input type="checkbox"/> sonstiges:	S	ZEIT: Übergabe
	AF	<input type="checkbox"/> Atemwege frei <input type="checkbox"/> Atemwegsverlegung <input type="checkbox"/> HWS-Verletzung <input type="checkbox"/> sonstiges:	A	<input type="checkbox"/> Atemwege freimachen <input type="checkbox"/> Absaugung <input type="checkbox"/> HWS-Stabilisierung <input type="checkbox"/> sonstiges:	A	
	SpO2	<input type="checkbox"/> Atmung spontan/frei <input type="checkbox"/> Atemnot <input type="checkbox"/> Hyperventilation <input type="checkbox"/> Atemstillstand	B	<input type="checkbox"/> Oberkörperhochlagerung <input type="checkbox"/> Rückatmung <input type="checkbox"/> Sauerstoffgabe _____ L/min <input type="checkbox"/> Beatmung <input type="checkbox"/> EGA-Anwendung	M	
	Puls	Nagelbettprobe <input type="checkbox"/> < 2sec <input type="checkbox"/> > 2sec Puls <input type="checkbox"/> regelmäßig <input type="checkbox"/> unregelmäßig <input type="checkbox"/> Kreislaufstillstand / Reanimation Hautfarbe <input type="checkbox"/> rosig <input type="checkbox"/> blass <input type="checkbox"/> zyanotisch	C	<input type="checkbox"/> Schocklagerung <input type="checkbox"/> Flachlagerung <input type="checkbox"/> Reanimation <input type="checkbox"/> mit AED <input type="checkbox"/> ohne AED <input type="checkbox"/> Anzahl Analysen/Schocks: ____ / ____	P	
	RR	Bewusstseinslage: <input type="checkbox"/> wach/ansprechbar <input type="checkbox"/> Reaktion auf Ansprache <input type="checkbox"/> Bewusstlosigkeit Pupillenfunktion: <input type="checkbox"/> Seitengleich <input type="checkbox"/> Differenz <input type="checkbox"/> prompt <input type="checkbox"/> verzögert	D	<input type="checkbox"/> stabile Seitenlage <input type="checkbox"/> sonstiges:	L	
	BZ	<input type="checkbox"/> Unterkühlung <input type="checkbox"/> Hitzeunfall <input type="checkbox"/> Wunde <input type="checkbox"/> Prellung/Fraktur <input type="checkbox"/> Verbrennung <input type="checkbox"/> sonstiges:	E	<input type="checkbox"/> Kühlung <input type="checkbox"/> Wärmeerhalt <input type="checkbox"/> Wundverband <input type="checkbox"/> Schienung <input type="checkbox"/> sonstiges:	E	
Temp				R		Temp

10 für 10

VERDACHTS- / ARBEITSDIAGNOSE(N)
<input type="checkbox"/> INTERNISTISCH <input type="checkbox"/> CHIRURGISCH <input type="checkbox"/> SONSTIGES

WEITERE MAßNAHMEN		
<input type="checkbox"/> Betreuung <input type="checkbox"/> venöser Zugang: _____ <input type="checkbox"/> Infusion: _____	Reanimation oder Ertrinkungsunfall? → Bitte Reanimationsregister ausfüllen:	
Sonstiges / Medikamente:		

ERGEBNIS / ÜBERGABE	
<input type="checkbox"/> Zustand verbessert <input type="checkbox"/> Transport nicht erforderlich <input type="checkbox"/> Zustand unverändert <input type="checkbox"/> Patient lehnt Versorgung ab – Rückseite beachten <input type="checkbox"/> Zustand verschlechtert <input type="checkbox"/> an Hausarzt/Ärztlicher Bereitschaftsdienst vermittelt <input type="checkbox"/> Tod am Einsatzort <input type="checkbox"/> Patient lehnt Transport ab – Rückseite beachten	<input type="checkbox"/> Übergabe an (Funkrufname) <input type="checkbox"/> Übergabe Wertsachen

Name(n) Helfer: _____ Unterschrift(en) Helfer: _____

Behandlungs- und Transportverweigerungserklärung

Hiermit erkläre ich

Name _____ Vorname _____

dass ich heute, am _____

von der Einsatzkraft

Name _____ Vorname _____

über meine Erkrankung bzw. Verletzung und die sich daraus möglicherweise ergebenden Komplikationen / Folgen informiert worden bin.

Mir wurde dringend

- zu einer medizinischen Versorgung
- zu einem Transport in ein nahegelegenes Krankenhaus geraten

um Diagnostik und Behandlung fortzusetzen.

Die weitere Versorgung/Transport lehne ich entgegen des mir gegebenen Rates ab und übernehme die volle Verantwortung für alle sich aus dieser Ablehnung ergebenden Schäden, die bis zum Tode führen können.

Ich wurde über die Möglichkeit des Kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes (116 117) oder der Weiterversorgung durch den Hausarzt hingewiesen. Bei Notfällen oder unklaren Zuständen ist der Notruf (112) umgehend zu kontaktieren.

Ort _____ Datum _____

Unterschrift Patient / gesetzlicher Vertreter _____

Evtl. unabhängiger Zeuge:

Name _____ Vorname _____

Unterschrift Zeuge _____

Anmerkungen:
