



Wasserwacht

Patientenprotokoll

- WRD
- Wachstation
- SanDienst
- HVO

KWW Neukloster Ortsgruppe Blankenburg KWW-Nummer 901 OG-Nummer 17
 Datum 30.07.20xx Alarm durch _____ ILS-Nummer _____

Einsatzmeldung: Kollaps auf Liegewiese Einsatzstelle: Rübensee, Liegewiese

EINSATZZEITEN / EINSATZART

Alarm	<u>16:30</u>	Ausrücken		Einsatzstelle an	<u>16:35</u>	Einsatzart:
Nachforderung		Übergabe		Ende/Zurück		<input checked="" type="checkbox"/> 55 - med. Notfall
						<input type="checkbox"/> 80 - HVO
						<input type="checkbox"/> sonstiger Einsatz

PATIENTENDATEN männlich weiblich divers

Name Mustermann Vorname Max Geb.-Datum 14.03.97
 Straße und HNr. Hinter dem See 14 PLZ _____ Ort _____
 Krankenkasse und Vers.-Nr. AOK Nordost

NOTFALLSITUATION

Pat. b. Sport (Nordic Walking) umgeknickt, liegt wach, voll orientiert auf d. Wiese, schreit und klagt über Schmerzen in beiden Sprunggelenken, PDMS intakt. Pat. will nicht abtransportiert werden.

Patient ist Ersthelfer bei einem Unfall/Notfall gewesen und wurde im Rahmen der Hilfeleistung verletzt? NEIN JA

SCHMERZSKALA / ERSTEINSCHÄTZUNG

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ggf. KTW / RTW anfordern? bereits alarmiert RTW nachgefordert ggf. Notarzt anfordern? Notarzt nachgefordert

ZEIT: <u>16:35</u>	<input type="checkbox"/> starke Blutung	<input checked="" type="checkbox"/> manuelle Blustilgung <input type="checkbox"/> Druckverband	S <u>Schmerzen NRS 3-4</u>	ZEIT: <u>17:15</u>	
	<input type="checkbox"/> Atemwege frei	<input type="checkbox"/> Tourniquet <input type="checkbox"/> sonstiges:			A
	<input type="checkbox"/> Atemwegsverletzung	<input type="checkbox"/> Atemwege freimachen <input type="checkbox"/> Absaugung			M
	<input type="checkbox"/> HWS-Verletzung	<input type="checkbox"/> HWS-Stabilisierung			P
	<input type="checkbox"/> sonstiges:	<input type="checkbox"/> sonstiges:			L
	<input type="checkbox"/> Almung spontan/frei	<input type="checkbox"/> Oberkörperhochlagerung			E
<input type="checkbox"/> Atemnot	<input type="checkbox"/> Rückatmung	R			
<input type="checkbox"/> Hyperventilation	<input type="checkbox"/> Sauerstoffgabe _____ L/min	S			
<input type="checkbox"/> Atemstillstand	<input type="checkbox"/> Beatmung <input type="checkbox"/> EGA-Anwendung				
Nagelbettprobe <input type="checkbox"/> < 2sec <input type="checkbox"/> > 2sec	<input checked="" type="checkbox"/> Schocklagerung <input type="checkbox"/> Flachlagerung				
Puls <input type="checkbox"/> regelmäßig <input type="checkbox"/> unregelmäßig	<input type="checkbox"/> Reanimation <input type="checkbox"/> mit AED <input type="checkbox"/> ohne AED				
<input type="checkbox"/> Kreislaufstillstand / Reanimation	<input type="checkbox"/> Anzahl Analysen/Schocks: ____ / ____				
Hautfarbe <input type="checkbox"/> rosig <input type="checkbox"/> blass <input type="checkbox"/> zyanotisch	<input type="checkbox"/> stabile Seitenlage				
Bewusstseinslage: <input type="checkbox"/> wach/ansprechbar	<input type="checkbox"/> sonstiges:				
<input type="checkbox"/> Reaktion auf Ansprache <input type="checkbox"/> Bewusstlosigkeit	<input type="checkbox"/> Kühlung <input type="checkbox"/> Wärmeerhalt				
Pupillenfunktion:	<input type="checkbox"/> Wundverband <input type="checkbox"/> Schienung				
<input checked="" type="checkbox"/> Seitengleich <input type="checkbox"/> Differenz <input type="checkbox"/> prompt <input type="checkbox"/> verzögert	<input type="checkbox"/> sonstiges:				
<input type="checkbox"/> Unterkühlung <input type="checkbox"/> Hitznotfall					
<input type="checkbox"/> Wunde <input type="checkbox"/> Prellung/Fraktur					
<input type="checkbox"/> Verbrennung					
<input type="checkbox"/> sonstiges:					

VERDACHTS- / ARBEITSDIAGNOSE(N)

INTERNISTISCH CHIRURGISCH SONSTIGES

Verstauchung Sprunggelenk li.re

WEITERE MAßNAHMEN

Betreuung venöser Zugang: Infusion: Reanimation oder Ertrinkungsunfall? → Bitte Reanimationsregister ausfüllen:

Sonstiges / Medikamente: Zum trinken animiert

ERGEBNIS / ÜBERGABE

Zustand verbessert Transport nicht erforderlich Übergabe an (Funkrufname) Übergabe Wertsachen

Zustand unverändert Patient lehnt Versorgung ab - Rückseite beachten

Zustand verschlechtert an Hausarzt/Ärztlicher Bereitschaftsdienst vermittelt

Tod am Einsatzort Patient lehnt Transport ab - Rückseite beachten

Name(n) Helfer: Helferlein Unterschrift(en) Helfer: Helferlein M.

Behandlungs- und Transportverweigerungserklärung

Hiermit erkläre ich

Name Mustermann Vorname Max

dass ich heute, am 30.07.20XX

von der Einsatzkraft

Name Helferlein Vorname Matthias

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 Rübensee Datum 30.07.20XX

Unterschrift Patient / gesetzlicher Vertreter _____

Evtl. unabhängiger Zeuge:

Name _____ Vorname _____

Unterschrift Zeuge _____

Anmerkungen:

Hinweis: Pat. solle Arzt aufsuchen. Pat. begibt
sich eigenständig in seine Ferienwohnung