DLRG OG Maintal e. V.

Braubachstr 20 63477 Maintal

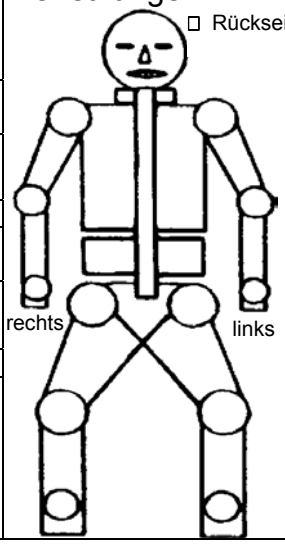
Laufende Nummer/Kennziffer

Vorname Adresse PLZ/Wohnort	_____ _____ _____	**Geb.Datum :** M W Uhrzeit : _____	**Der Wache zugeführt durch :** ☐ Polizei/Feuerwehr ☐ RTW/KTW _____ ☐ San-Trupp _____ ☐ Notarzt _____ ☐ Selbständig ☐ Passanten/Angehörige

Ort des Unfalls :
Ggf. Hergang/Bemerkung :

Verletzungen :

☐ Rückseite



Beschwerden:	☐ Übelkeit ☐ Erbrechen	☐ Allerg. Reaktion ☐ Temp./Fieber	☐ Schwindel ☐ Insektenstich	☐ Kopfschmerzen ☐ Schmerzen	☐ Wunde
Allgemein Zustand	☐ Normal ☐ Blässe	☐ Mäßig ☐ Cyanose	☐ Bedrohlich ☐Alkoholisiert	☐ Kachektisch ☐ Kaltschweißig	☐ Odeme
Atmung	☐ Normal	☐ Hypervntialton	☐ Apnoe	☐ Aspiration	☐ Dyspnoe
Herz/ Kreislauf	☐ Normal ☐ Stillstand	☐ Tachykardie ☐ Hypotonie	☐ Bradykardie ☐ Hypertonie	☐ Arrhythmie ☐ Schock	
Trauma	☐ Kein ☐ Thorax	☐ Arm / Bein ☐ Wirbelsäule	☐ Bein / Fuß ☐ Schädel / Hirn	☐ Polytrauma ☐ Abdomen	☐ Becken
Pupillen	**rechts** ☐ Groß ☐ mittel ☐ Klein		**links** ☐ Groß ☐ mittel ☐ Klein		

Anamese/ Vorl. Befund :

Verbrennung :

____Grades____%

____Grades____%

Zeit

Verlaufsymbole

Puls/min ●
RR-Systole ▼
RR-Diastole ▲
Defibrillation ↯
HDM ✦

220 200 180 160 140 120 100 80 60 40

Beatmung:

assist.- ⊙
kontra.- ◆
Spontanatmung ○

Maßnahmen :

☐ Wundversorgung mit :_____
☐ Ruhe
☐ Flachlage
☐ Oberkörperhochlage
☐ Schocklage
☐ stabile Seitenlage
☐ Venöser Zugang : _____
☐ Freimachen der Atemwege
☐ Beatmung
☐ Herzdruckmassage
☐ Extremitätenschienung
☐ O^2-Inhalation _____ Liter/min

☐ Pulsoxymeter SaO^2 _____%

☐ Kühlung Körperteil : _____

☐ Blutzucker _____ BZ mg/dl

☐ _____

Medikamentengabe Infusion

Bemerkungen:

Übergabe an :
☐ KTW ☐ RTW ☐ NAW ☐ RTH ☐ MTW/PKW ☐ Polizei

Rufname : _____ **Fahrtziel :** _____

Entlassung :
☐ Eigenständig ☐ mit Begleitung / Angeh. ☐ Taxi / priv PKW
☐ öffentliches Verkehrsmittel ☐ Nach Hause/Wohnung
☐ Patient zurück zur Veranstaltung

Dem/der Patient/In ist empfohlen worden :

☐ bei Verschlechterung des pers. Zustandes sich einem Arzt / einer Klinik vorzustellen
☐ kurzfristig einen Arzt / einer Klinik zur weiteren Behandlung aufzusuchen
☐ Der/die Patient/In wurde über evtl. gesundheitlich Risiken aufgeklärt (Eigenverantwortung)
☐ Der/die Patient/In verweigert den notwendigen Transport in die nächstmöglichste Klinik / KHS
☐ Der/die Patient/In hat sich selbstständig, ohne weitere Versorgung /Behandlung entfernt

f.d.R.d.A Unterschrift des Patienten :

Aufgenommen :

Arzt/Ärztin : _____

Sanitäter/in: _____

Ggf. Zeuge _____

Adresse/Ort _____

Unterschrift des Zeugens :

© new designed by Overhead / Maintal