

## Unfallprotokoll

### Patientendaten

Name:  
Vorname:  
Klasse:  
Geb.-Datum:

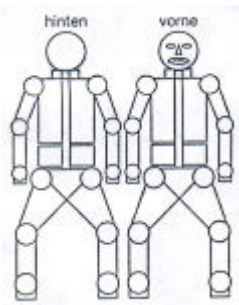
### Gesetzlicher Vertreter

Name:  
Vorname:  
Anschrift:  
Telefon:

Erkrankung: ☐ Zentrales Nervensystem  
☐ Herz/Kreislauf  
☐ Atmung  
☐ Abdomen  
☐ Intoxikation  
☐ Stoffwechsel

☐ Pädiatrie  
☐ Gynäkologie  
☐ sonstiges

### Verletzungen:



☐ Verbrennung/Verbrühung:

1. Grades            %  
2. Grades            %  
3. Grades            %

☐ Elektrounfall

☐ sonstiges

### Untersuchung:

Puls:            bpm  
☐ rhythmisch  
☐ arrhythmisch  
☐ kein

Atmung:  
☐ Tachypnoe  
☐ Dyspnoe  
☐ Spastik  
☐ Atemwegsverlagerung

Blutdruck:  
/

☐ Apnoe  
☐ Zyanose  
☐ Stridor  
☐ Schnappatmung

### Neurologie:

Bewusstsein:  
☐ orientiert  
☐ getrübt  
☐ bewusstlos

Augenöffnen:  
☐ spontan  
☐ auf Aufforderung  
☐ auf Schmerzreiz  
☐ nicht

verbale Reaktion:  
☐ orientiert  
☐ desorientiert  
☐ sinnlose Äußerungen  
☐ unverständlich  
☐ keine

motorische Reaktion:  
☐ auf Aufforderung  
☐ auf Schmerzreiz (gezielt)  
☐ auf Schmerzreiz (ungezielt)  
☐ keine

Pupillen:  
☐ eng            ☐  
☐ normal        ☐  
☐ weit           ☐  
☐ entrundet    ☐

☐ fehlende Lichtreaktion

Maßnahmen:	Herz/Kreislauf: <input type="checkbox"/> Herzdruckmassage  Atmung <input type="checkbox"/> Freimachen der Atemwege <input type="checkbox"/> . Beatmung	weitere Maßnahmen: <input type="checkbox"/> Verband (klein) Anzahl: <input type="checkbox"/> Verband (groß) Anzahl: <input type="checkbox"/> Schienung <input type="checkbox"/> Transport <input type="checkbox"/> Blutstillung <input type="checkbox"/> Wärmeerhaltung <input type="checkbox"/> Betreuung <input type="checkbox"/> sonstiges:
Übergabe:	Zustand: <input type="checkbox"/> verbessert <input type="checkbox"/> gleich <input type="checkbox"/> verschlechtert	Transportziel: Rettungsmittel: Notarzt:
Anmerkungen:		
Sanitäter vor Ort:		
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;">           Unterschrift Einsatzleiter:            Datum:            Uhrzeit:         </div> <div style="width: 45%;">           Unterschrift Geschädigter:         </div> </div>		
<div style="display: flex;"> <div style="width: 30%;">           Bei Transportverweigerung:         </div> <div style="width: 70%;">           Hiermit erkläre ich, dass ich keinen Krankentransport und keine Behandlung durch den Rettungsdienst wünsche. Sollten bei mir aufgrund meiner Entscheidung gesundheitliche Folgeschäden auftreten, so habe ich keinen Rechtsanspruch gegen die Sanitäter.         </div> </div>		
Einsatzleiter	Geschädigter	Zeuge