AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	BuKn	UV

Name,Vorname,Anschrift | Geb.Datum

männlich | weiblich

Einsatzprotokoll-First Responder Bellheim 14-19-2

Einsatznr:		**Rettungsdienstfahrzeuge:**	
Datum:		**1.**	
Alarm:	.	**2.**	
S3:	.	**3.**	
S4:	.	**Übergabe RD:**	.

Weitere Informationen:

1. LS-Diagnosecodes:

2. Einsatzstelle u.Notfallsituation / Unfallhergang:

3. Erste Messwerte: | **keine Messwerte**

RR *syst*		RR *diast*	
Puls		BZ	

4. Allgemeinzustand: | **ohne Bedeutung**

Übelkeit / Erbrechen | Schwindelgefühl

Schmerzen (Lok.siehe 10.!) | Alkohol / Drogen

5. Bewußtsein: | **ohne Bedeutung**

orientiert | verwirrt / getrübt | bewußtlos

6. Haut: | **ohne Bedeutung**

normal | blaß / kaltschw. | Zyanose

7. Atmung: | **ohne Bedeutung**

spontan/frei | Hyperventilation

Atemnot | Atemstillstand

Atemgeräusche (Brodeln / Rasseln / Giemen)

8. Herz/Kreislauf: | **ohne Bedeutung**

Bradykardie | Tachykardie

Hypotonie | Hypertonie

Kammerflimmern | Arrhythmie

Schock | Asystolie

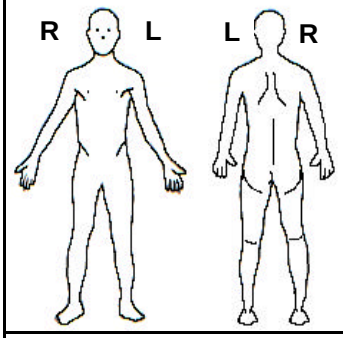
9. Pupillenfunktion: | **ohne Bedeutung**

norma**l** | **e**n**g** | **w**ei**t** | **e**ntrunde**t**

Wenn nicht seitengleich: links=( ) rechts=( )

10. Verletzungs- u.Schmerzlokalität (einzeichnen!):

ohne Bedeutung



SHT (off. / gesch.)
Schulter li / re
Thoraxtrauma
Extremitäten
U / O Arm li re
U / O Schenkel li re
Abd.Trauma
stumpf / spitz
Beckentrauma
Wirbelsäulen
HWS
BWS
LWS

P=Prellung | **F**=Fraktur | **H**=Hämatom

D=Dehnung | **W**=Wunde | **S**=Schmerzen

L=Luxation | **V**=Verbrennung | **?**=unsicherer Bef.

11. (Vor-)Erkrankungen / Verdacht: | **ohne Bedeutung**

Herzschrittmacher seit ca.:

Allergien [1]	Gerinnungsstörung [7]	Lähmung [13]
Angina pectoris [2]	Herzinfarkt [8]	Lungenembolie [14]
Apoplex [3]	H-Rhytmusstörungen [9]	Synkope [15]
Asthma bronchiale [4]	Hypotonie [10]	Thrombose [16]
Diabetes [5]	Hypertonie [11]	Sonstiges: [17]
Epilepsie/Krämpfe [6]	K.flimmern [12]	[ ]

Bemerkung zu [ ]
(z.B.seit wann)

12. Welche Medikamente werden derzeit eingenommen?

Medikamente an RD! | **Ausweise an RD!**

13. Verlaufsdokumentation: | **ohne Bedeutung**

Zeitliches Auftreten u. Dauer der unter 4.-10. aufgeführten Symptome:

Uhrzeit	Bezeichnung	Werte / Dosis
.		
.		
.		
.		
.		
.		
.		
.		
.		
.		
.		
.		
.		

14. Maßnahmen: | **keine Maßnahmen**

Ersthelfermaßnahmen (nicht FR!) ja nein | **effizient:** ja nein

Rettung / Befreiung	Ven.Zug. / Infusion	Linksseitenlage
Blutstillung	Intubation	Schocklage
Frühdefibrilation	Sauerstoffgabe	Monitoring
Atemwege freimach.	Wundversorgung	Wärmeerhaltung
Seitenlage	Vakuummatratze	Betreuung
Beatmung	Extremitätenschienung	Kühlung
HDM	Oberkörperhochlage	Tragehilfe RD
NA nachgefordert	Weitere RM nachgeford.	NA/RM abbest.

Sonstiges:

15. Ergebnis/Übergabe: | **ohne Bedeutung**

Zustand | gebessert | unverändert | verschlechtert | Tod

16. Einstufung Verletzung/Erkrank.: | leicht | mittel | schwer

Datum

Unterschrift