

SAN-Wache Hilfsstelle MoSan-Team

Datum

Kreisverband

Ort

Uhrzeit von/bis

Ortsverein/Bereitschaft

Veranstaltung

lfd.-Nr.

Patientenprotokoll

Name des Patienten geb. am
 Vorname männl. weibl.
 Straße ggf. Fundort
 PLZ Wohnort
 Telefon Patient Familie Freunde Eltern

Der Hilfsstelle zugeführt durch:

Polizei

RTW/KTW

San-Team

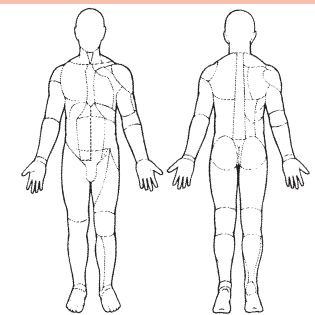
Security Angehörige

Selbst Passanten

NOTFALLSITUATION

VERLETZUNG

<input type="checkbox"/> Prellung/Fraktur	<input type="checkbox"/> Wunde/Verletzung	<input type="checkbox"/> Verbrennung	<input type="checkbox"/> keine
<input type="checkbox"/> Inhalationstrauma	<input type="checkbox"/> Elektrounfall	<input type="checkbox"/> Sonstiges	
	offen	geschlossen	leicht mittel schwer
Schädel-Hirn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HWS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brustkorb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bauch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BWS/LWS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Becken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weichteile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



ERKRANKUNG/VERGIFTUNG

keine

Atmung Vergiftung Kindnotfall Schwindel

Herz-Kreislauf Unterkühlung Neurologie Übelkeit/Erbrechen

Baucherkrankung Gynäkologie Psychatrie alkoholisiert

Stoffwechsel Geburtshilfe Sonstiges

Hitzschlag Hitzeerschöpfung

MASSNAHMEN

keine

stabile Seitenlage Extremitätenschienung Sauerstoffgabe

Oberkörperhochlage Wundversorgung Intubation

Flachlagerung EKG-Monitoring Beatmung

Schocklagerung venöser Zugang Herzdruckmassage

Vakuummatratze Infusion Erstdefibrillation

HWS-Stützkragen Atemwege freimachen Betreuung

Medikamente Notkompetenz-Maßnahmen Sonstiges

ERSTBEFUND

kein

BEWUSSTSEINSLAGE

orientiert getäubt bewusstlos

PUPILLENFUNKTION

re eng li mittel weit entrundet Lichtreaktion

SCHMERZEN

keine mittelstarke starke

KREISLAUF

Schock Kreislaufstillstand Puls regelmäßig Puls unregelmäßig

EKG

Sinusrhythmus Rhythmusstörung Kammerflimmern Asystolie

ATMUNG

spontan/frei Atemnot Hyperventilation Atemstillstand

MESSWERTE

RR syst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RR diast.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Puls	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SpO ₂	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BZ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ERSTHELFERMASSNAHMEN

suffizient insuffizient AED keine

ERGEBNIS/ÜBERGABE

Zustand verbessert Notarzt nachgefordert Tod am Notfallort

Zustand unverändert Notarzt abbestellt

Zustand verschlechtert Patient lehnt Trsp. ab

Trsp. nicht erforderlich Hausarzt/ÄBD informiert Zeit: _____

Übergabe

Wertsachen: _____ Zeit: _____

BEMERKUNGEN

Nachforderung/Notruf

RTW NEF NAW Zeit

RTH Feuerwehr Polizei

Transport/Übergabe/Entlassung

Funkruf Zeit

RTH RTW KTW Polizei

Ziel _____

eigenständig nach Hause ÖPNV

Taxi/PKW Angehörige zurück zur Veranstaltung

Sonstiges _____

Patient hat Entlassungs-Revers unterschrieben (Rückseite)

Ja Nein

Helfername

Helfername

Unterschrift Helfer

Unterschrift Helfer

Behandlungs-/Transportverweigerungserklärung
Refusal of transportation by ambulance car of medical treatment

Patient _____

Hiermit erkläre ich, dass ich heute, am _____, vom Sanitätsdienst/Rettungsdienst über meine Erkrankung bzw. Verletzung und deren Konsequenzen aufgeklärt worden bin und eine Behandlung oder/und Beförderung in ein Krankenhaus entgegen der Belehrung ablehne.

Für hieraus entstandene Schäden trage ich selbst die Verantwortung. Ich wurde darüber informiert, dass ich späterhin keinerlei Ersatzansprüche wegen dieser nicht ausgeführten Beförderung/Behandlung und den sich evtl. daraus ergebenden gesundheitlichen Schäden geltend machen kann.

Herewith I declare, that I have been informed today _____ by the paramedics/emergency physicians about my illness/injuries with all the possible consequences and that I refuse medical treatment or a transportation to a hospital. I am fully responsible for all possible damages to my health and I have been informed, that there will be no indemnifications in case of a deterioration of my medical situation.

Datum/Date

Uhrzeit/Time

Unterschrift/Signature Patient