

Einsatzprotokoll für First Responder

First Responder Gruppe	Einsatznummer der Rettungsleitstelle	Einsatzfahrzeug
------------------------	--------------------------------------	-----------------

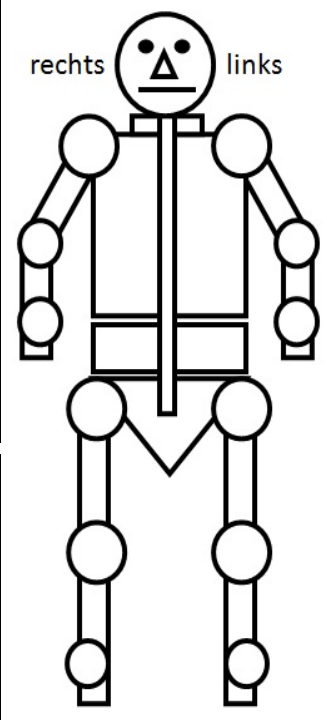
Einsatzdaten <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td colspan="3">Einsatzort</td></tr> <tr><td>Einsatzdatum</td><td>Alarmzeit</td><td>Ausrücken</td></tr> <tr><td>Ankunft</td><td>Ankunft RD</td><td>Einsatzende</td></tr> </table>	Einsatzort			Einsatzdatum	Alarmzeit	Ausrücken	Ankunft	Ankunft RD	Einsatzende	Eingesetzte Kräfte <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Helfer 1</td><td>Qualifikation</td></tr> <tr><td>Helfer 2</td><td>Qualifikation</td></tr> <tr><td>Helfer 3</td><td>Qualifikation</td></tr> </table>	Helfer 1	Qualifikation	Helfer 2	Qualifikation	Helfer 3	Qualifikation	Nachforderungen <input type="checkbox"/> NEF <input type="checkbox"/> weiterer RTW <input type="checkbox"/> Feuerwehr <input type="checkbox"/> Polizei <input type="checkbox"/> Sonstige _____
Einsatzort																	
Einsatzdatum	Alarmzeit	Ausrücken															
Ankunft	Ankunft RD	Einsatzende															
Helfer 1	Qualifikation																
Helfer 2	Qualifikation																
Helfer 3	Qualifikation																

Patient(in) <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Alter</td><td>Geschlecht</td></tr> <tr><td></td><td style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> ♀ <input type="checkbox"/> ♂ </td></tr> </table>	Alter	Geschlecht		<input type="checkbox"/> ♀ <input type="checkbox"/> ♂	Einsatzgrund <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Brandeinsatz</td> <td><input type="checkbox"/> Verkehrsunfall</td> <td><input type="checkbox"/> Suizidversuch</td> <td><input type="checkbox"/> Kindernotfall</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> int. Notfall</td> <td><input type="checkbox"/> chir. Notfall</td> <td><input type="checkbox"/> neur. Notfall</td> <td><input type="checkbox"/> Vergiftung</td> </tr> <tr><td colspan="4">Sonstiges:</td></tr> </table>	<input type="checkbox"/> Brandeinsatz	<input type="checkbox"/> Verkehrsunfall	<input type="checkbox"/> Suizidversuch	<input type="checkbox"/> Kindernotfall	<input type="checkbox"/> int. Notfall	<input type="checkbox"/> chir. Notfall	<input type="checkbox"/> neur. Notfall	<input type="checkbox"/> Vergiftung	Sonstiges:			
Alter	Geschlecht																
	<input type="checkbox"/> ♀ <input type="checkbox"/> ♂																
<input type="checkbox"/> Brandeinsatz	<input type="checkbox"/> Verkehrsunfall	<input type="checkbox"/> Suizidversuch	<input type="checkbox"/> Kindernotfall														
<input type="checkbox"/> int. Notfall	<input type="checkbox"/> chir. Notfall	<input type="checkbox"/> neur. Notfall	<input type="checkbox"/> Vergiftung														
Sonstiges:																	

Situation vor Ort	Anamnese/Vorerkrankungen/Medikation/Allergien
--------------------------	--

Bewusstseinslage									
<input type="checkbox"/> wach	<input type="checkbox"/> Reaktion auf Ansprache	<input type="checkbox"/> Reaktion auf Schmerz	<input type="checkbox"/> bewusstlos						
Atmung									
<input type="checkbox"/> spontan	<input type="checkbox"/> Atemnot	<input type="checkbox"/> Hyperventilation	<input type="checkbox"/> Atemstillstand						
Sonstiges:									
Schmerzskala									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Kein Schmerz			mäßiger Schmerz				stärkster Schmerz		
Pupillen									
rechts	<input type="checkbox"/> eng	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> weit	<input type="checkbox"/> kein LR	<input type="checkbox"/> entrundet				
links	<input type="checkbox"/> eng	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> weit	<input type="checkbox"/> kein LR	<input type="checkbox"/> entrundet				

Verletzungsmuster
<input type="checkbox"/> keine offensichtlichen Verletzungen
<input type="checkbox"/> Prellung/Fraktur
<input type="checkbox"/> Wunde/Verletzung
<input type="checkbox"/> Verbrennung (% KOF)
<input type="checkbox"/> Inhalationstrauma
<input type="checkbox"/> Sonstiges:



Vitalparameter			
Uhrzeit			
Blutdruck	mmHg	mmHg	mmHg
Herzfrequenz	/min	/min	/min
Atemfrequenz	/min	/min	/min
SpO₂	%	%	%
Blutzucker	mg/dl	mg/dl	mg/dl
Sonstiges:			

EKG
<input type="checkbox"/> Sinusrhythmus
<input type="checkbox"/> Rhythmusstörung
<input type="checkbox"/> Kammerflimmern
<input type="checkbox"/> Asystolie
<input type="checkbox"/> Sonstiges:

Maßnahmen	
<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Betreuung <input type="checkbox"/> Bodycheck <input type="checkbox"/> Temperatur (°C) <input type="checkbox"/> freimachen Atemwege <input type="checkbox"/> Absaugung <input type="checkbox"/> O ₂ -Gabe (/min)	<input type="checkbox"/> Beatmung <input type="checkbox"/> Intubation/Larynx-tubus <input type="checkbox"/> Rückatmung <input type="checkbox"/> Herzdruckmassage <input type="checkbox"/> AED/Defibrillation <input type="checkbox"/> Wärmeerhalt
<input type="checkbox"/> Lagerungsart: <input type="checkbox"/> Blutstillung (Tourniquet) <input type="checkbox"/> Verband <input type="checkbox"/> Schienung/ Ruhigstellung <input type="checkbox"/> HWS-Immobilisation <input type="checkbox"/> i.V. Zugang <input type="checkbox"/> Volumengabe >500ml	
Sonstiges:	

Verdachtsdiagnose	Übergabe an	Unterschrift
--------------------------	--------------------	---------------------