

## Einsatzprotokoll

<b>Patientendaten</b> Name ..... Vorname ..... Geb.dat. .... Strasse ..... Wohnort ..... Tel. Angehörige .....	<b>Einsatzdaten</b> Datum ..... Uhrzeit ..... Ort ..... Ersthelfer 1 ..... Ersthelfer 2 .....
--	--

<b>x/c</b>	<input type="checkbox"/> keine Blutung	<input type="checkbox"/> kritische Blutung	<input type="checkbox"/> Druckverband	<input type="checkbox"/> Tourniquet
kritische Blutung?		Ort: .....	..... Uhr	..... Uhr
<b>Atmung</b> (Atmenwege frei?)	<input type="checkbox"/> Atemwege frei	<input type="checkbox"/> Pfeifen ( <input type="checkbox"/> Ein- <input type="checkbox"/> Ausatmung)	<input type="checkbox"/> Fremdkörper-Aspiration	
<b>Belüftung</b>	<input type="checkbox"/> Keine Atemnot	<input type="checkbox"/> Atemnot ( <input type="checkbox"/> leicht   <input type="checkbox"/> schwer) .....Uhr	<input type="checkbox"/> Sauerstoff ..... Liter/Min. (Sonde   Brille   Maske)	<input type="checkbox"/> Atemstillstand
<b>Circulation</b> (Kreislauf stabil?)	<input type="checkbox"/> unauffällig	Blutdruck: .....Uhr: ...../..... mmHg	<input type="checkbox"/> Kreislaufstillstand <input type="checkbox"/> BLS 30:2 (Start: ..... Uhr) <input type="checkbox"/> AED ..... Mal	
<b>Disability</b> BEFAST:	<input type="checkbox"/> Bewusstseinsklar	<input type="checkbox"/> Bewusstseinsgetrübt <input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> Einschränkungen	<input type="checkbox"/> (Alkohol / <input type="checkbox"/> Drogen)	<input type="checkbox"/> Bewusstlos
<b>Exposure</b>	<input type="checkbox"/> Haut normal	<input type="checkbox"/> Haut heiss <input type="checkbox"/> Haut kalt ( <input type="checkbox"/> kalt / <input type="checkbox"/> warm)	<input type="checkbox"/> Sch weiss <input type="checkbox"/> Haut bleich <input type="checkbox"/> Haut grau	<input type="checkbox"/> Haut gelb <input type="checkbox"/> .....

Symptome	
Allergien	
Medikamente	
Patientengeschichte	
Letzte Mahlzeit	
Ereignisse vor Beginn	
Risikofaktoren	

**Unfallhergang**  
**Inkl. Bodycheck**

<b>Leitdiagnose</b>	.....
<b>Massnahmen</b>	<input type="checkbox"/> Seitenlagerung <input type="checkbox"/> Oberkörper hoch <input type="checkbox"/> Flachlagerung <input type="checkbox"/> Sitzend
Medikamente	..... .....

**Notizen**

<b>Weiterbehandlung</b>	<input type="checkbox"/> Spital (Ambulanz   Taxi) <input type="checkbox"/> Arzt (Taxi   selbst) <input type="checkbox"/> Nach Hause (begleitet   allein)
-------------------------	--