



Notfallprotokoll



Datum: ____/____/____

Uhrzeit: ____:____ Uhr Veranstaltung : _____

1. Besatzung:

Teamleader San.: _____ Sanitäter 2.: _____
Sanitäter 3.: _____

2. Patientendaten:

Name: _____ Geb.Datum: ____/____/____ Einsatzart:
Vorname: _____ Geschlecht: weiblich männlich internistisch
Straße u. Nr.: _____ Einsatzort: _____ chirurgisch
PLZ, Ort: _____ Meldebild: _____ sonstige

3. Notfallbeschreibung / Notfallgeschehen:

4. Vitalparameter:

60 - 90 pro/min
95 - 99 %
Sys. 120-140/Dya. 60-80 mmHg
60 - 120 mg/dl

1. Messung:

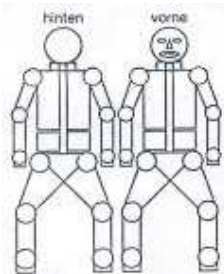
Herzfrequenz HF: _____ pro/min
Sauerstoffsättigung SpO2: _____ %
Blutdruck RR: _____/_____ mmHg
Blutzucker BZ: _____ mg/dl

2. Messung:

Herzfrequenz HF: _____ pro/min
Sauerstoffsättigung SpO2: _____ %
Blutdruck RR: _____/_____ mmHg
Blutzucker BZ: _____ mg/dl

5. Verletzungen: leicht mittel schwer

_____ % bei Verbrennung



Symbole:

Schnittwunde: --
Verbrennung: Xx
Schürfwunde: ##
Bruch: <

Allergien / Vorerkrankungen:

6. Weitere Maßnahmen:

z.B. Schienung
i.V.- Zugang
AED
O²-Gabe l/pro/min

7. Patient vor Ort ausreichend versorgt
 Patient an Hausarzt verwiesen
 Patient an Rettungsdienst übergeben

Auftrags-Nr. _____ Fahrzeug-Kennung: _____ RTW KTW NEF

8. Verweigerung:

Hiermit erkläre ich (Name: _____ Vorname: _____), dass
ich trotz der Empfehlung einer Abklärung meines Krankheitsbildes / Gesundheitszustandes
eine Versorgung / einen Transport ablehne. Ich wurde darauf hingewiesen, dass mir durch diese
Ablehnung gesundheitliche Schäden/Folgeschäden entstehen können. Für diese gesundheitlichen
Schäden / Folgeschäden trage ich selbst die volle Verantwortung.

Ort: _____ Datum: _____ Uhrzeit: ____:____ Uhr

Unterschrift Patient

Unterschrift Zeuge(n)

Unterschrift Teamleader San.

Notarzt