

Gebühr frei	Krankenkasse bzw. Kostenträger	
Gebühr pflicht.	Name, Vorname des Versicherten	
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

**Mitteilung von Krankheiten und dritterverursachten Gesundheitsschäden gemäß § 204a SGB V**

Unfall, Unfallfolgen  
  Arbeitsunfall, Berufskrankheit  
  Versorgungsleiden (BVG u.a.)  
  sonstiger Schaden

**1. Hauptleistung**

<b>A) im Krankenhaus</b>		<b>B) ambulante Operation</b>	Datum
<input type="checkbox"/> Krankenhausbehandlung voll- oder teilstationär	Behandlungsdaten	<input type="checkbox"/> ambulante Operation gem. § 115b SGB V	T T M M J J
<input type="checkbox"/> Krankenhausbehandlung vor- oder nachstationär		<input type="checkbox"/> Vor- oder Nachbehandlung bei ambulanter Operation	Behandlungsdaten

beim Vertragsarzt  
  im Krankenhaus  
  sonstige

**C) ambulante Behandlung** (von der Krankenkasse zu genehmigen)

**Begründung des Ausnahmefalls gemäß § 60 Abs. 1 SGB V:**

**Hochfrequente Behandlung**

gemäß Anlage 2 der Krankentransport-Richtlinien (Dialyse, onkologische Chemo- oder Strahlentherapie)

vergleichbarer Ausnahmefall wegen

voraussichtliche Behandlungsfrequenz:  X pro Woche über  Monate

ggf. Zeitraum der Serienverordnung

**Dauerhafte Mobilitätseinschränkung**

Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“ oder Pflegestufe 2 bzw. 3 vorgelegt

vergleichbarer Grund wegen (ggf. Angabe ICD-10)

voraussichtliche Behandlungsdauer:

**2. Beförderungsmittel**  Taxi, Mietwagen  
  Kranken-transportwagen  
  Rettungs- wagen  
  Notarzt- wagen  
  andere

**Begründung des Beförderungsmittels** (ggf. Angabe ICD-10)

**Medizinisch-technische Ausstattung erforderlich:**  nein  
  Trage- stuhl  
  Nicht umsetzbar aus Rollstuhl  
  liegend  
  andere

<b>Von</b>	<b>Nach</b>	<b>Medizinisch-fachliche Betreuung notwendig:</b>	
<input type="checkbox"/> Wohnung	<input type="checkbox"/> Arztpraxis	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, folgende:
<input type="checkbox"/> Krankenhaus	<input type="checkbox"/> andere Beförderungsweg	<input type="checkbox"/> Hinfahrt	<input type="checkbox"/> Rückfahrt
		<input type="checkbox"/> Wartezeit (Dauer):	<input type="checkbox"/> Gemeinschaftsfahrt (Anzahl Mitfahrer):

Unterschrift und Stempel des Vertragsarztes  
Muster 4 (7.2004)

DokuFORM - Schloßstr. 4 - 23626 Ratekau - Tel. 07 00 / 36 58 36 76 - Fax 04 50 2 / 30 94 81

- Notfallprotokolle
- Durchschreibesätze
- Medizinische Formulare
- Schreibmappen
- Dokumentationssysteme



- DokuFORM Verlags-GmbH
- Schloßstraße 4
- 23626 Ratekau
- Tel.: 0700 / 36 58 36 76
- Fax: 04502 / 30 94 81
- Email: info@dokuform.de

**Vorgehen bei Ausfüllen des Beförderungsauftrages**

1. nur Adressfeld ausfüllen
2. vor weiterem Ausfüllen Beförderungsauftrag abtrennen
3. Beförderungsauftrag an der Perforationslinie abtrennen
4. Protokoll und Beförderungsauftrag (getrennt) gut lesbar ausfüllen

### Genehmigung der Krankenkasse

Die Fahrt / Serienverordnung wird genehmigt

Die Fahrt wird wie folgt genehmigt: \_\_\_\_\_

Die verordnete Fahrt / Serienverordnung wird **nicht** genehmigt

Begründung: \_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel der Krankenkasse

Bitte die Fahrt immer durch den Versicherten quittieren lassen!

### Empfangsbestätigung durch den Versicherten

Ich bestätige die Durchführung der im Folgenden aufgeführten Fahrten

Datum	Fahrtstrecke	Hinfahrt		Rückfahrt		Unterschrift des Versicherten
		km	Faktor	km	Faktor	

Die Krankbeförderung wurde gemäß der obigen Empfangsbestätigung durchgeführt.

Gültiger Zuzahlungsbefreiungsausweis vom

lag vor.

Datum und Unterschrift des Leistungserbringers

\_\_\_\_\_

### Abrechnungsdaten des Leistungserbringers

IK des Leistungserbringers:

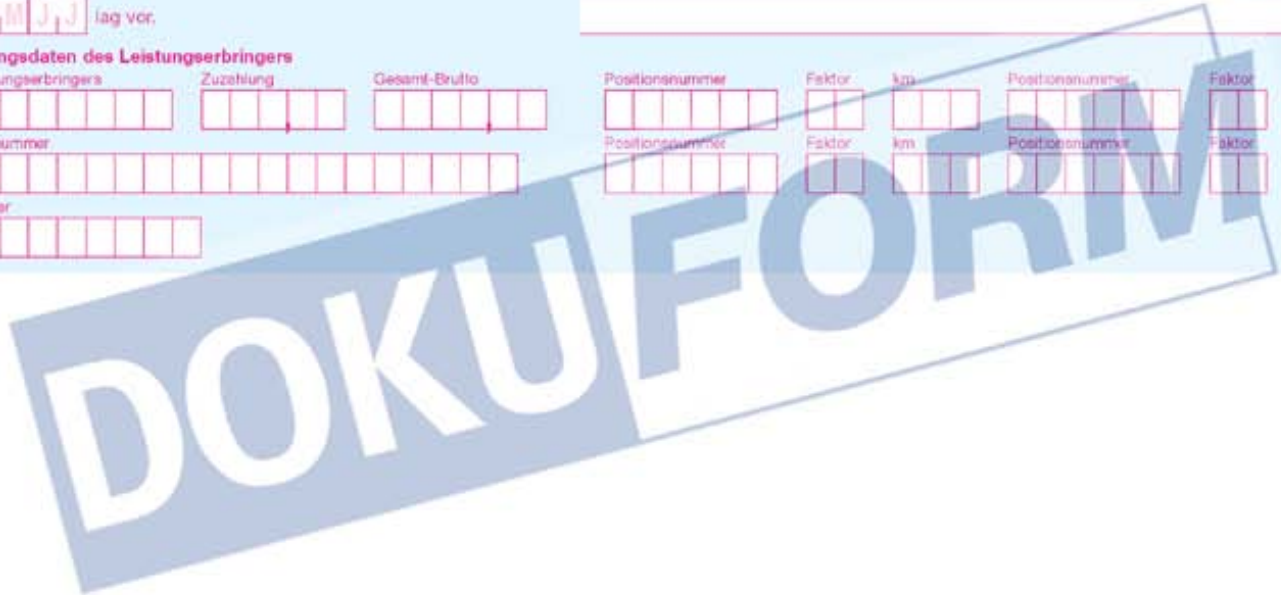
Zuzahlung:

Gesamt-Brutto:

Rechnungsnummer:

Belegnummer:

Positionsnummer	Faktor	km	Positionsnummer	Faktor	km
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>



GebChz  
Name, Vorname des Versicherten  
geb. am  
Kassen-Nr. Versicherten-Nr. Status  
Vertragsarzt-Nr. VK gültig bis Datum  
**EINSATZPROTOKOLL KOMBINIERT**  
EPRO 4.2-MV / 03/08 (nach Empfehlung der AGMN, MIND 2)  
Typ ONEF ONAW ORTH OITH OTW ORTW OKTW

**1. RETTUNGSTECHNISCHE DATEN**  
Rufungsstelle Einsatznummer  
Einsatzdatum T T M M J J J J  
Anruf: 1. Rufungszeit 2. Rufungszeit  
Alarm: 1. Alarmzeit 2. Alarmzeit  
Einsatzort 1 RM Einsatzort 2 RM  
Ausfahrt: 1. Ausfahrtszeit 2. Ausfahrtszeit  
Ankunft beim Patienten: 1. Ankunftszeit 2. Ankunftszeit  
Abfahrt: 1. Abfahrtszeit 2. Abfahrtszeit  
Übergabe: 1. Übergabzeit 2. Übergabzeit  
Einsatzbereit: 1. Einsatzbereitzeit 2. Einsatzbereitzeit  
Ende: 1. Endzeit 2. Endzeit  
km: 1. km 2. km

**2. Notfallgeschehen/Anamnese/Erstbefund/Anforderungsgrund** (Beschwerdebeginn, Unfallzeitpunkt, Vormedikation, Vorbehandlung) Zeit: (Ereignis, Schaden, Unfall, Sympt.)  
 Notarzt  
 RettAss / RS  
CPR: Kollaps beobachtet?  nein  ja (Zeitpunkt)

**3. Befund**  
**3.1. Neurologie**  
Zeitpunkt  
unauffällig  
**Glasgow-Coma-Scale**  
Augen öffnen spontan auf Aufforderung auf Schmerzreiz kein  
beste verbale Reaktion konversationsfähig orientiert desorientiert inadäquate Äußerung (Wortsalat) unverständliche Laute keine  
beste motor. Reaktion auf Aufforderung auf Schmerzreiz gezielt normale Beugeabwehr Beugeergismen Streckergismen keine  
Summe

**3.2. Messwerte**  
RR Puls Temperatur  
BZ mg/dl AF SpO<sub>2</sub> etCO<sub>2</sub>  
Schmerzen  
**3.3. EKG**  
keine  
Sinusrhythmus absolute Arrhythmie AV-Block II° Typ Wenckebach AV-Block II° Typ Mobitz AV-Block III° Bradykardie schmale QRS-Tachykardie  
breite QRS-Tachykardie Kammerflimmern/-flattern elektromechanische Dissoziation Asystolie Schrittmacherrhythmus Infarkt-EKG  
Extrasystolen SVES VES monoton polyton Salven  
**3.4. Atmung**  
unauffällig Spastik Atemwegverlegung Beatmung  
Dyspnoe Rasselgeräusche Schnappatmung Hyperventilation  
Zyanose Stridor Apnoe nicht beurteilbar  
**3.5. psychischer Zustand**  
unauffällig aggressiv depressiv wahnhaft  
verwirrt verlangsamt euphorisch nicht beurteilbar

**4. Erstdiagnose**  
**4.1. Erkrankung**  
ZNS TIA/Insult/Intracranielle Blutung Krampf  
Herz-Kreislauf Angina Pectoris Herzinfarkt Rhythmusstörung Lungenerkrankung Lungenödem hypertensiver Notfall Orthostase Herz-Kreislauf Stillstand PM/ICD Fehlfunktion  
Atmung Asthma exsorbierbare COPD Aspiration Pneumonie/Bronchitis Hyperventilations-Tetanie Pseudokrampf/Epiglottitis  
Stoffwechsel Blutzuckerentgleisung Exsikkose  
Psychiatrie Psychose/Depression/Manie Erregungszustand Intoxikation (Alkohol/Drogen/Medikamente) Entzug (Alkohol/Drogen/Medikamente) Suizidversuch  
Abdomen akutes Abdomen gastrointestinale Blutung Koik  
Gynäkologie/Geburtshilfe Geburt vaginale Blutung  
Sonstiges anaphylaktische Reaktion Unterkühlung Ertrinken SIDS sonstige Intoxikation Tumorerleiden/Finalstadium unbekannte Erkrankung

**4.2. Verletzungen**  
keine leicht mittel schwer  
Schädel-Hirn Gesicht Thorax Abdomen Wirbelsäule Becken Obere Extremitäten Untere Extremitäten Weichteile  
Verbrennung/Verbrühung Grades %  
Inhalationstrauma Elektraunfall andere  
Unfallmechanismus Trauma: stumpf penetrierend Sturz > 3m Höhe Fußgänger angefahren PKW/LKW-Insasse Motorradfahrer Fahrradfahrer  
Verkehr  
Erstdiagnose  
ICD 1 ICD 2 ICD 3

**5. Verlauf** Verlaufsbeschreibung  
UHRZEIT  
Puls RR HDM Defibrillation Transport In/Exubation Sportatmung assistierte Beatmung kontrollierte Beatmung  
Maßnahmen SpO<sub>2</sub> O<sub>2</sub> /min Temp. et CO<sub>2</sub>

**6.5. Medikamente**  
keine Medikamente Analgetika (Opiate) Antiarhythmika Antidota Antiepileptika Antihypertensiva  
Antikoagulantien Bronchodilatorien Diuretika Glukose Katecholamine Kortikosteroide Muskelrelaxantien  
Narkotika Sedativa Thrombolytikum Vasodilatorien Kristalloide Kolloide Small Volume Lsg.  
Pufferlösung Sonstige  
Zeit / Lyse

**6. Maßnahmen**  
**6.1. Herz / Kreislauf**  
peripher-venöser Zugang zentral-venöser Zugang  
intraossäre Kanüle art. Kanüle  
Spritzenpumpe Schrittmacher (extern) Reanimation / HDM Defibrillation / Kardioversion  
monophasisch biphasisch  
**6.2. Atmung**  
Sauerstoffgabe Freimachen der Atemwege Absaugen  
Beatmung manuell maschinell  
Atemwegssicherung / Intubation LMA AMV AF PEEP  
ITN oral ITN nasal andere  
andere  
FiO<sub>2</sub>  
**6.3. Weitere Maßnahmen**  
Anästhesie Blutstillung Verband Reposition  
Entbindung Magenonde Blutentnahme Krisenintervention  
bes. Lagerung Cervicalstütze Vakuummatratze Schauffeltrage  
Thoraxdrainage/Punktion rechts links Ch  
Sonstiges  
**6.4. Monitoring**  
EKG-Monitor 12-Kanal-EKG Pulsoxymetrie  
Kapnometrie manuelle Messung RR oszillometr. Messung RR  
Temperatur Sono  
Sonstiges

**7. Übergabe**  
**7.1. Zustand**  
verbessert gleich verschlechtert  
Zeitpunkt Glasgow Coma-Scale orientiert getrübt  
narkotisiert/sediert bewusstlos  
**7.2. Messwerte**  
keine  
RR HF Temperatur regelmäßig ja nein  
BZ mg/dl AF SpO<sub>2</sub> etCO<sub>2</sub>  
Schmerzen  
**7.3. EKG**  
keine  
Sinusrhythmus absolute Arrhythmie AV-Block II° Typ Wenckebach AV-Block II° Typ Mobitz AV-Block III° Bradykardie schmale QRS-Tachykardie  
breite QRS-Tachykardie Kammerflimmern/-flattern elektromechanische Dissoziation Asystolie Schrittmacherrhythmus Infarkt-EKG  
Extrasystolen SVES VES monoton polyton Salven  
**7.4. Atmung**  
nicht untersucht  
unauffällig Spastik Atemwegverlegung Beatmung  
Dyspnoe Rasselgeräusche Schnappatmung Hyperventilation  
Zyanose Stridor Apnoe nicht beurteilbar

**7.5. psychischer Zustand**  
unauffällig aggressiv depressiv wahnhaft  
verwirrt verlangsamt euphorisch nicht beurteilbar

**8. Ergebnis**  
**8.1. Einsatzbeschreibung**  
Transport ins KH mit Notarzt Sekundäreinsatz ohne Notarzt Patient lehnt Transport ab nur Untersuchung/Behandlung Übergabe an anderes Rettungsmittel  
**8.2. Erstthelmaßnahmen (Laien)**  
suffizient AED insuffizient keine  
**8.3. Notfallkategorie**  
kein Notfall akute Erkrankung Vergiftung nur Untersuchung/Behandlung Verletzung  
Unfall Verkehr Sportunfall Arbeit Hausunfall Sonstiger  
**8.4. NACA-Score**  
I geringfügige Störung ambulante Abklärung II stationäre Behandlung III akute Lebensgefahr nicht auszuschließen IV akute Lebensgefahr Reanimation V VI VII Tod  
**8.5. Zielklinik / Patientenübergabe**  
Notaufnahme ITS OP Allgemeinstation Arztpraxis  
Original (weiß): Patientenakte - Durchschlag (gelb): Rettungsmittel

**9. Bemerkungen** (z.B. Allergien, Hausarzt, Tel. Angeh., Wertsachen)  
übergabe wurden Chipkarte Blut Rhythmusstreifen Prothesen Wertsachen Andere  
Übergabe an:  
Unterschrift Notarzt Unterschrift RettAss / RS  
Arztbrief erbeten ja nein ZEK (s. Rückseite) ja nein Nachforderung Notarzt ja nein Notkompetenz RettAss / RS ja nein

# Codierungen (MIND 2)

## Einsatzort - Beschreibung des Einsatzortes

- 00 = keine Angabe
- 01 = Wohnung
- 02 = Altenheim
- 03 = Arbeitsplatz
- 04 = Arztpraxis
- 05 = Straße
- 06 = öffentlicher Raum
- 07 = Krankenhaus
- 08 = Massenanfall/Anlage
- 09 = Sonstige
- 99 = nicht bekannt

## Fehlensatz - Art des Fehlensatzes

- 00 = keine Angabe
- 01 = Kein Patient vorgefunden
- 02 = Patient bereits transportiert

## Einsatzindikation (nach Schlüssel BÄK)

- 00 = keine Angabe
- 01 = bösartige Alterierung
- 02 = Einsatzabbruch aus Weitergründen
- 03 = Einsatzabbruch aus technischen Gründen
- 04 = Sonstige
- 99 = nicht bekannt

## Klinikstatus Zielklinik/-einrichtung

- 00 = keine Angabe
- 01 = Grund-/Rezeptionsabteilung
- 02 = Schwerpunktabteilung
- 03 = Massenanfall
- 04 = Rea-Klinik
- 05 = Übernahmehilfe/Zwischenstation
- 06 = Arztpraxis
- 99 = nicht bekannt

## Einsatzindikation (nach Schlüssel BÄK)

- 00 = keine Angabe
- 01 = Bewußtsein
- 02 = Atmung
- 03 = Herz/Kreislauf
- 04 = Schilddrüse mit Wirkung auf Vitafunktion
- 05 = Schwere Verkehrsunfall
- 06 = Unfall mit Kindern
- 07 = Brinde/Rauchgasentwicklung mit Personenbeteiligung
- 08 = Explosions-, thermische und chem. Unfälle
- 09 = Sturzunfall
- 10 = Wasserunfall, Ertrinken, Eisenbruch
- 11 = Maschinenunfall mit Einklemmung
- 12 = Verschüttung
- 13 = drohender Suizid
- 14 = Sturz aus Höhe > 3 m
- 15 = Schuß-/Stich-/Hiebverletzung an Kopf-Hals-Rumpf
- 16 = Gesehnhme Vorzeichen
- 17 = unmittelbar einsetzende oder stattgehabte Geburt
- 18 = Vergiftungen
- 99 = nicht bekannt

## Einsatzrelevante Besonderheiten

### Art

- 067 = Beatmungsgerät
- 068 = EKG-Monitor
- 069 = Automatische Blutdruckmessung
- 070 = Externer Schrittmacher
- 071 = Defibrillator
- 072 = Pulsoximetrie
- 073 = Intubationsbesteck
- 074 = Spritzenpumpe
- 075 = Andere Störungen Medizintechn. Geräte
- 076 = Gerät nicht verfügbar
- 077 = Medikament nicht verfügbar

### Organisation

- 087 = bewusster Verzicht auf ärztl. indizierte Maßnahmen
- 088 = Qualifizierter ärztlicher Einsatz vor Rettungsdienst am Einsatzort (Vertragsarzt)
- 089 = Einsatzindikation: Analgesie bei Unfall, Fraktur
- 090 = Einsatz außerhalb des regul. Einsatzgebietes
- 091 = erschwerte äußere Einsatzbedingung/abseits der Straße
- 092 = fehlerhafte Einsatzmeldung
- 093 = erforderliches Rettungsmittel (z.B. RTH) nicht verfügbar
- 094 = nächstgeleg. geeign. KH nicht aufnahmebereit für den Patienten
- 095 = Pat. im aufnehmenden Krankenhaus nicht bzw. unzureichend angekündigt
- 096 = Qualifizierte Notfallmedizinische Hilfe vor RD bereits eingetroffen (HVO)
- 097 = aufwändige technische Rettung
- 098 = unzureichende / insuffiziente Assistenz
- 099 = inadäquate Notkompetenz

Art	1.	2.	3.
Zeitpunkt			
Relevanz			

### Zeitpunkt

- 01 = Anfahrt
- 02 = Notfallort/Übernahme
- 03 = Transport
- 04 = Übergabe

### Relevanz

- 01 = ohne Auswirkung
- 02 = keine Verlaufsbeeinflussung
- 03 = Verlaufsbeeinflussung
- 04 = zusätzliche Schädigung

## Transportverweigerungserklärung

### Refusal of transportation by ambulance car or of medical treatment

Patient \_\_\_\_\_

Hiermit erkläre ich, dass ich heute, am \_\_\_\_\_ vom Rettungsdienst/ Notarztdienst 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 Krankenbeförderung / 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 \_\_\_\_\_ Unterschrift Zeuge/Signature witness \_\_\_\_\_

# REANIMATIONSREGISTER - Erstversorgung -

Protokoll zur Reanimatinerfassung - entspricht DGAJ Reanimatinderfassung Erstversorgung (Version 1.5 01/08)- (Modifikation nach J.T. Gräner / R. Franz / J. Wnent)

Standort-Kennung	Protokollnummer	Geburts-Datum	<input type="checkbox"/> w - vollständiger Datensatz nur mit ausgefülltem Einsatzprotokoll (Vorderseite)!																																				
1. Patienten-Identifikation		2. Patienten-Identifikation																																					
<b>Einsatzzeiten</b>		<b>Einsatzort</b>																																					
Kollaps-Zeitpunkt	Notruf	<input type="radio"/> Reanimation außerhalb des Krankenhauses <input type="radio"/> Reanimation innerhalb des Krankenhauses																																					
Alarm	First Responder/ Pflegerkraft	RTW / Rea-Team	Notarzt / Arzt																																				
Ausgerückt																																							
Eintreffen E-Ort																																							
Eintreffen Pat.																																							
<input type="checkbox"/> nicht erfassbar																																							
Transport																																							
Klinik																																							
<b>Kernmaßnahmen und Ablauf</b>		<b>Weitere Maßnahmen</b>																																					
	Laie	First Resp.	RTW Rea-Team																																				
			Notarzt / Arzt																																				
			Zeitpunkt oder Reihenfolge																																				
Kollaps beobachtet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																				
HLW-Start	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																				
1. Defibrillation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																				
Intubation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																				
I.V. Zugang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																				
Erster Vasopressor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																				
1. ROSC durch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																				
<input type="checkbox"/> niemals ROSC																																							
<b>Primäres Reanimationsergebnis</b>																																							
primäres Reanimationsergebnis																																							
<input type="checkbox"/> niemals ROSC = Rea. erfolglos <input type="checkbox"/> 24 h Überleben <input type="checkbox"/> jemals ROSC <input type="checkbox"/> keine weiteren Angaben zum 24 h Überleben <input type="checkbox"/> laufende ROSC <input type="checkbox"/> nicht klassifiziert <input type="checkbox"/> ROSC bei Aufnahme KH oder > 30min																																							
ROSC	Todeszeitpunkt nach erfolgloser Reanimation																																						
Zeitpunkt		Zeitpunkt																																					
<b>Ersthelfer / First Responder</b>																																							
Qualifikation First Responder																																							
<input type="checkbox"/> Laie <input type="checkbox"/> Med. Ass. Personal <input type="checkbox"/> Feuerwehr <input type="checkbox"/> Laie mit PAD <input type="checkbox"/> KTW / MZF <input type="checkbox"/> Sonstige																																							
Ersthelfermaßnahmen																																							
<input type="checkbox"/> keine Maßnahmen <input type="checkbox"/> zusätzlicher AED <input type="checkbox"/> Basic Life Support (BLS) <input type="checkbox"/> nicht bekannt																																							
Ersthelfermaßnahmen nur Herzdruckmassage																																							
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt																																							
<b>QM Rettungsdienst</b>																																							
Notarznachforderung	Telefonanleitung Rea.	Maßnahmen Notkompetenz																																					
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Intubation <input type="checkbox"/> Defibr. manuell <input type="checkbox"/> Ven. Zugang <input type="checkbox"/> Medikam. Therapie <input type="checkbox"/> Defibrillation AED																																					
<b>Bemerkungen</b>																																							
<table border="1"> <tr> <td colspan="2"><b>Defiauswertung</b></td> <td colspan="2"><b>Komplikationen</b></td> </tr> <tr> <td>Spezifität des 1. erfolgreichen Schocks</td> <td>Art des erfolgreichen Schocks</td> <td>Atemweg</td> <td>Venöser Zugang</td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> PAD    <input type="checkbox"/> man. Defi RD  <input type="checkbox"/> AED-First Respon.    <input type="checkbox"/> AED Arzt  <input type="checkbox"/> AED RD    <input type="checkbox"/> man. Defi. Arzt                 </td> <td> <input type="checkbox"/> monophasisch bis 200 Joule  <input type="checkbox"/> mono ≥ 200 Joule  <input type="checkbox"/> biphasisch bis 200 Joule  <input type="checkbox"/> biphasisch ≥ 200 Joule  <input type="checkbox"/> nicht bekannt                 </td> <td> <input type="checkbox"/> Intubation schwierig    <input type="checkbox"/> Schwierig  <input type="checkbox"/> Intubation unmöglich    <input type="checkbox"/> nicht möglich                 </td> <td> <input type="checkbox"/> Atemwegs Zugang  <input type="checkbox"/> or. Intubation    <input type="checkbox"/> Combitubus  <input type="checkbox"/> nas. Intubation    <input type="checkbox"/> klar. Atemwegs  <input type="checkbox"/> Larynxmaske    <input type="checkbox"/> Sicherung  <input type="checkbox"/> Larynxtracheostomie    <input type="checkbox"/> and. Verfahren                 </td> </tr> <tr> <td colspan="4"><b>Hilfetext für die Einsatzbesonderheiten nebenstehend</b></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Einsatzbesonderheiten 1. techn. Fehlfunktionen</td> <td colspan="2">Einsatzbesonderheiten 2. techn. Fehlfunktionen</td> </tr> <tr> <td colspan="2">1. Relevanz</td> <td colspan="2">2. Relevanz</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Zeitpunkt 1. Besonderheit</td> <td colspan="2">Zeitpunkt 2. Besonderheit</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><b>Auswertungsoptionen mit WV</b></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>Zielklinik</td> <td colspan="3">NEF Kennung</td> </tr> </table>				<b>Defiauswertung</b>		<b>Komplikationen</b>		Spezifität des 1. erfolgreichen Schocks	Art des erfolgreichen Schocks	Atemweg	Venöser Zugang	<input type="checkbox"/> PAD <input type="checkbox"/> man. Defi RD <input type="checkbox"/> AED-First Respon. <input type="checkbox"/> AED Arzt <input type="checkbox"/> AED RD <input type="checkbox"/> man. Defi. Arzt	<input type="checkbox"/> monophasisch bis 200 Joule <input type="checkbox"/> mono ≥ 200 Joule <input type="checkbox"/> biphasisch bis 200 Joule <input type="checkbox"/> biphasisch ≥ 200 Joule <input type="checkbox"/> nicht bekannt	<input type="checkbox"/> Intubation schwierig <input type="checkbox"/> Schwierig <input type="checkbox"/> Intubation unmöglich <input type="checkbox"/> nicht möglich	<input type="checkbox"/> Atemwegs Zugang <input type="checkbox"/> or. Intubation <input type="checkbox"/> Combitubus <input type="checkbox"/> nas. Intubation <input type="checkbox"/> klar. Atemwegs <input type="checkbox"/> Larynxmaske <input type="checkbox"/> Sicherung <input type="checkbox"/> Larynxtracheostomie <input type="checkbox"/> and. Verfahren	<b>Hilfetext für die Einsatzbesonderheiten nebenstehend</b>				Einsatzbesonderheiten 1. techn. Fehlfunktionen		Einsatzbesonderheiten 2. techn. Fehlfunktionen		1. Relevanz		2. Relevanz		Zeitpunkt 1. Besonderheit		Zeitpunkt 2. Besonderheit		<b>Auswertungsoptionen mit WV</b>				Zielklinik	NEF Kennung		
<b>Defiauswertung</b>		<b>Komplikationen</b>																																					
Spezifität des 1. erfolgreichen Schocks	Art des erfolgreichen Schocks	Atemweg	Venöser Zugang																																				
<input type="checkbox"/> PAD <input type="checkbox"/> man. Defi RD <input type="checkbox"/> AED-First Respon. <input type="checkbox"/> AED Arzt <input type="checkbox"/> AED RD <input type="checkbox"/> man. Defi. Arzt	<input type="checkbox"/> monophasisch bis 200 Joule <input type="checkbox"/> mono ≥ 200 Joule <input type="checkbox"/> biphasisch bis 200 Joule <input type="checkbox"/> biphasisch ≥ 200 Joule <input type="checkbox"/> nicht bekannt	<input type="checkbox"/> Intubation schwierig <input type="checkbox"/> Schwierig <input type="checkbox"/> Intubation unmöglich <input type="checkbox"/> nicht möglich	<input type="checkbox"/> Atemwegs Zugang <input type="checkbox"/> or. Intubation <input type="checkbox"/> Combitubus <input type="checkbox"/> nas. Intubation <input type="checkbox"/> klar. Atemwegs <input type="checkbox"/> Larynxmaske <input type="checkbox"/> Sicherung <input type="checkbox"/> Larynxtracheostomie <input type="checkbox"/> and. Verfahren																																				
<b>Hilfetext für die Einsatzbesonderheiten nebenstehend</b>																																							
Einsatzbesonderheiten 1. techn. Fehlfunktionen		Einsatzbesonderheiten 2. techn. Fehlfunktionen																																					
1. Relevanz		2. Relevanz																																					
Zeitpunkt 1. Besonderheit		Zeitpunkt 2. Besonderheit																																					
<b>Auswertungsoptionen mit WV</b>																																							
Zielklinik	NEF Kennung																																						

DOKUFORM Verlags-GmbH - Schlossstraße 4 - 23626 Ratkau - Tel 0 700 / 36 58 36 76 - Fax 0 45 02 / 30 94 81 - Email: info@dokuform.de - www.dokuform.de