

Krankenkasse bzw. Kostenträger
Name, Vorname (bei Versicherten)
Geb. Ort
Kassen-Nr. Versicherungs-Nr. Status
Vertreger-Nr. Vkt. gültig bis Datum

NOTARZTEINSATZPROTOKOLL
DIVIDOK® Version 4.2, gem. Empfehlung DIVI 2003 (MIND 2)
Patient männlich weiblich Geb.-Datum
Notarzt Arzt in WB Anästhesie Innere Chirurgie Pädiatrie Andere
Code Folgeeinsatz NA nachgefordert

1. RETTUNGSTECHNISCHE DATEN
Standort Einsatzdatum Einsatznummer
Retungsmittel / Funk Fahrzeug Einsatzgrund
Typ RTW KTW NEF NAW RTH ITH ITW LNA
Einsatzort Alarm
Ankunft Pat. Abfahrt
Übergabe
Einsatzbereit
Notarzt Ende
km Anfang km Ende km (gesamt)

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

3. Erstbefund
3.1. Neurologie Zeitpunkt unauffällig
Augen öffnen 4 spontan 3 auf Aufforderung 2 auf Schmerzreiz 1 kein
beste verbale Reaktion konversationsfähig 5 orientiert 4 desorientiert 3 inadäquate Äußerung (Wortsalat) 2 unverständliche Laute 1 keine
beste motorische Reaktion 6 auf Aufforderung 5 gezielt 4 normale Beugeabwehr 3 abnorme Abwehr 2 Strecksynergismen 1 keine
Glasgow-Coma-Scale Summe

3.2. Messwerte keine Temperatur
RR Puls regelmäßig ja nein
BZ mg/dl AF SpO₂ etCO₂
Schmerzen 0-10
3.3. EKG keine
 Sinusrhythmus Kammerflimmern / -flattern
 absolute Arrhythmie elektromechanische Dissoziation
 AV-Block I° II° III° Asystolie
 Bradykardie Schrittmacher
 schmale QRS-Tachykardie Infarkt-EKG
 breite QRS-Tachykardie
Extrasystolen SVES VES monotyp polytyp Salven
3.4. Atmung nicht untersucht
 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 keine
ZNS TIA / Insult / Intracranielle Blutung Krampfanfall / Krampfleiden sonstige Erkrankung ZNS
Herz-Kreislauf Angina Pectoris Herzinfarkt Rhythmusstörung Lungenembolie Lungenödem / Herzinsuffizienz hypertensive Krise Orthostase Herz-Kreislauf-Stillstand PM/ICD Fehlfunktion sonst. Erkrank. Herz/Kreislauf
Atmung Asthma exacerbierter COPD Aspiration Pneumonie / Bronchitis Hyperventilationstetanie Pseudokrupp / Epiglottitis sonst. Erkrankung Atmung
Stoffwechsel Blutzuckerentgleisung Exsikkose sonst. Erkr. Stoffwechsel
Psychiatrie Psychose / Depression / Manie Erregungszustand Intoxikation Ertzug Suizidversuch sonst. Erkrankung Psychiatrie
Abdomen akutes Abdomen gastrointestinale Blutung Kolik sonst. Erkrankung Abdomen
Gynäkologie / Geburtshilfe Geburt vaginale Blutung sonst. Erkrankung Gynäkologie
Sonstiges anaphylaktische Reaktion Unterkühlung Ertrinken SIDS sonstige Intoxikation Tumorerleiden / Finalstadium unbekannte Erkrankung

4.2. Verletzungen keine leicht mittel schwer
Schädel-Hirn Gesicht HWS Thorax Abdomen BWS / LWS Becken Obere Extremitäten Untere Extremitäten Weichteile
offen geschlossen
Unfallmechanismus Trauma: stumpf penetrierend Sturz > 3m Höhe Fußgänger angefahren PKW/LKW-Insasse Motorradfahrer Fahrradfahrer
Vorkohr
ERSTDIAGNOSE (Notarzt)
ICD 1 ICD 2 ICD 3

5. Verlauf Verlaufsbeschreibung
UHRZEIT
Puls RR HDM Defibrillation Transport In/Extubation Sportatmung assistierte Beatmung kontrollierte Beatmung
Maßnahmen SpO₂ O₂ L/min Temp. et CO₂

6.5. Medikamente Dosis: (mg / ml / IE)
 keine Medikamente Analgetika (Opiate) Antidota Antimetika Antiepileptika
 Antihypertensiva Antikoagulantien Antiarhythmika Diuretika Glukose Katecholamine
 Kortikosteroide Muskelrelaxantien Narkotika Sedativa Thrombolytikum Vasodilatantien
 Kristalloide Kolloide Small Volume Lsg. Pufferlösung Sonstige

6. Maßnahmen
6.1. Herz / Kreislauf keine Anzahl
 peripher-ven. Zugang zentral-ven. Zugang Ort/Größe
 intraossäre Kanüle art. Kanüle Ort/Größe
 Spritzenpumpe Schrittmacher (extern)
 Reanimation / HDM Anzahl Joule letzte Def.
 Defibrillation / Kardioversion monophasisch biphasisch
Zeit 1. Defi Zeit 1. ROSC
 Reanimationsregister (DIVI-MIND 2) s. Rückseite - nur RD / NA
6.2. Atmung keine O₂ /min
 Sauerstoffgabe Freimachen der Atemwege Absaugen
Beatmung manuell maschinell
Atemwegssicherung / Intubation ITN oral ITN nasal
 LMA Combitubus chir./tracheost. andere
Tubus für ID AMV AF PEEP FIO₂

6.3. Weitere Maßnahmen keine
 Anästhesie Entbindung Dauerkatheter Blutstillung Magensonde Krisenintervention Verband
 Reposition Ort
 bes. Lagerung Art Cervicalstütze Vakuummatratze Schaufeltrage Thoraxdrainage rechts links links Ch
Ort
 Sonstiges
Art
6.4. Monitoring keine
 EKG-Monitor Kapnometrie Temperatur 12-Kanal-EKG manuelle Messung RR Sono Pulsoxymetrie oszillometr. Messung RR Sonstiges

7. Übergabe
7.1. Zustand verbessert gleich verschlechtert
Zeitpunkt Glasgow-Coma-Scale orientiert narkotisiert/sediert getrübt bewusstlos
7.2. Messwerte keine Temperatur
RR HF regelmäßig ja nein
BZ mg/dl AF SpO₂ etCO₂
Schmerzen 0-10
7.3. EKG keine
 Sinusrhythmus Kammerflimmern / -flattern
 absolute Arrhythmie elektromechanische Dissoziation
 AV-Block I° II° III° Asystolie
 Bradykardie Schrittmacher
 schmale QRS-Tachykardie Infarkt-EKG
 breite QRS-Tachykardie
Extrasystolen SVES VES monotyp polytyp Salven
7.4. Atmung nicht untersucht
 unauffällig Spastik Atemwegverlegung Beatmung
 Dyspnoe Rasselgeräusche Schnappatmung Hyperventilation
 Zyanose Stridor Apnoe 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
Art Übernahme von artbes. Rettungsmittel Reanimation primär erfolgreich Reanimation primär erfolglos Tod auf dem Transport Todesfeststellung
Zeitpunkt
8.2. Ersthelfermaßnahmen (Laien)
 suffizient AED insuffizient keine
8.3. Notfallkategorie
 kein Notfall akute Erkrankung Vergiftung Verletzung
Unfall Verkehr Sportunfall Arbeit Hausunfall
Sonstiger
8.4. NACA-Score
 I geringfügige Störung II ambulante Abklärung III stationäre Behandlung IV akute Lebensgefahr nicht auszuschließen V akute Lebensgefahr VI Reanimation VII Tod

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

Codierungen (MIND 2)

Einsatzort - Beschreibung des Einsatzortes

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

Fehlensatz - Art des Fehlensatzes

- 00 = keine Angabe
- 01 = kein Patient vorgefunden
- 02 = Patient bereits abtransportiert

Klinikstatus Zielklinik/-einrichtung

- 00 = keine Angabe
- 01 = Grund-/Regelversorgung
- 02 = Schwerpunktversorgung
- 03 = Massenanweisung
- 04 = ReizeKlinik
- 05 = Übernahme/Zwischentransport
- 06 = Arztbüro
- 99 = nicht bekannt

Einsatzindikation (nach Schlüssel BAK)

- 00 = keine Angaben
- 01 = Bewusstlos
- 02 = Atmung
- 03 = Herz/Kreislauf
- 04 = Schlägung mit Wirkung auf Vitalfunktionen
- 05 = Schwere Verletzung
- 06 = Unfall mit Kindern
- 07 = Brände/Reizgasentwicklung mit Personenbeteiligung
- 08 = Explosions-, thermische und chem. Unfälle
- 09 = Stromunfall
- 10 = Wasserunfall, Ertrinken, Eisenbruch
- 11 = Maschinenunfall mit Einklemmung
- 12 = Verschüttung
- 13 = drohender Suizid
- 14 = Sturz aus Höhe > 3m
- 15 = Schuß-/Stich-/Hiebverletzung an Kopf-Hals-Rumpf
- 16 = Geiselnahme/Verbrechen
- 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 b. 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 DGAI Reanimatinderfassung (Version 1.5 01/08)-
(Modifikation nach J.T. Gräsner / R. Franz / J. Wnent)

Standort-Kennung	Protokollnummer	Geburts-Datum	<input type="checkbox"/> w - vollständiger Datensatz nur mit ausgefülltem Einsatzprotokoll (Vorderseite)! - <input type="checkbox"/> m																																																						
1. Patienten-Identifikation		2. Patienten-Identifikation																																																							
Einsatzzeiten Kollaps-Zeitpunkt: _____ Notruf: _____ <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th></th> <th>First Responder/ Pflegekraft</th> <th>RTW / Rea-Team</th> <th>Notarzt / Arzt</th> </tr> <tr> <td>Alarm</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ausgerückt</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Eintreffen E-Ort</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Eintreffen Pat.</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> nicht erfassbar</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Transport</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Klinik</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			First Responder/ Pflegekraft	RTW / Rea-Team	Notarzt / Arzt	Alarm				Ausgerückt				Eintreffen E-Ort				Eintreffen Pat.				<input type="checkbox"/> nicht erfassbar				Transport				Klinik				Einsatzort <input type="checkbox"/> Reanimation außerhalb des Krankenhauses Postleitzahl: _____ <input type="checkbox"/> Wohnung <input type="checkbox"/> Öffentlichlicher Raum <input type="checkbox"/> Altenheim <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> Arbeitsplatz <input type="checkbox"/> Massenveranstaltung <input type="checkbox"/> Arztpraxis <input type="checkbox"/> Straße <input type="checkbox"/> Sonstige <input type="checkbox"/> Reanimation innerhalb des Krankenhauses Klinik-Code: _____ <input type="checkbox"/> Normal Station <input type="checkbox"/> Aufwächerraum <input type="checkbox"/> Intermed. Care <input type="checkbox"/> Funktionsbereich <input type="checkbox"/> Intensivstation <input type="checkbox"/> Gelände <input type="checkbox"/> Notaufnahme <input type="checkbox"/> Sonstige <input type="checkbox"/> OP																							
	First Responder/ Pflegekraft	RTW / Rea-Team	Notarzt / Arzt																																																						
Alarm																																																									
Ausgerückt																																																									
Eintreffen E-Ort																																																									
Eintreffen Pat.																																																									
<input type="checkbox"/> nicht erfassbar																																																									
Transport																																																									
Klinik																																																									
Kernmaßnahmen und Ablauf <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>Laie</th> <th>First Resp.</th> <th>RTW Rea-Team</th> <th>Notarzt / Arzt</th> <th>Zeitpunkt oder Bisherfolge</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kollaps beobachtet</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>HLW-Start</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>1. Defibrillation</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Intubation</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>i.V. Zugang</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Erster Vasopressor</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>1. ROSC durch</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="6"><input type="checkbox"/> niemals ROSC</td> </tr> </tbody> </table>			Laie	First Resp.	RTW Rea-Team	Notarzt / Arzt	Zeitpunkt oder Bisherfolge	Kollaps beobachtet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		HLW-Start	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		1. Defibrillation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Intubation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		i.V. Zugang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Erster Vasopressor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		1. ROSC durch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> niemals ROSC						Vermutete Ursache <input type="checkbox"/> kardial <input type="checkbox"/> SIDS <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Verbluten <input type="checkbox"/> Ertrinken <input type="checkbox"/> Stroke <input type="checkbox"/> Hypoxie <input type="checkbox"/> metabolisch <input type="checkbox"/> Intoxikation <input type="checkbox"/> sonstiges <input type="checkbox"/> ICB / SAB <input type="checkbox"/> nicht bekannt Hauptdiagnose _____ 1. Nebendiagnose _____	
	Laie	First Resp.	RTW Rea-Team	Notarzt / Arzt	Zeitpunkt oder Bisherfolge																																																				
Kollaps beobachtet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																					
HLW-Start	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																					
1. Defibrillation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																					
Intubation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																					
i.V. Zugang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																					
Erster Vasopressor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																					
1. ROSC durch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																					
<input type="checkbox"/> niemals ROSC																																																									
Erstbefunde AED-Schockfreigabe <input type="checkbox"/> Ja / Laie <input type="checkbox"/> Ja / RD <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt		Weitere Maßnahmen Technik <input type="checkbox"/> AED <input type="checkbox"/> ZVK <input type="checkbox"/> durch Vorbehandelnde <input type="checkbox"/> durch eig. Rettungsmittel <input type="checkbox"/> beides (fortlaufend) <input type="checkbox"/> nicht klassifiziert <input type="checkbox"/> ACD-CPR <input type="checkbox"/> i.o.-Nadel <input type="checkbox"/> durch Vorbehandelnde <input type="checkbox"/> durch eig. Rettungsmittel <input type="checkbox"/> beides (fortlaufend) <input type="checkbox"/> nicht klassifiziert <input type="checkbox"/> Schrittmacher <input type="checkbox"/> aktive Kühlung <input type="checkbox"/> durch Vorbehandelnde <input type="checkbox"/> durch eig. Rettungsmittel <input type="checkbox"/> beides (fortlaufend) <input type="checkbox"/> nicht klassifiziert <input type="checkbox"/> Feedbacksysteme _____ <input type="checkbox"/> offene CPR <input type="checkbox"/> ab-Medikation <input type="checkbox"/> autom. Thoraxkompressionsysteme _____																																																							
Medikamente <input type="checkbox"/> Suprarenin (mg) _____ <input type="checkbox"/> Lidocain (mg) _____ <input type="checkbox"/> Vasopressin (i.E.) _____ <input type="checkbox"/> Amiodaron (mg) _____ <input type="checkbox"/> Atropin (mg) _____ <input type="checkbox"/> Analgetikum <input type="checkbox"/> durch Vorbehandelnde <input type="checkbox"/> durch eig. Rettungsmittel <input type="checkbox"/> beides (fortlaufend) <input type="checkbox"/> nicht klassifiziert <input type="checkbox"/> Thrombolytikum _____ <input type="checkbox"/> Kolloide Inf. (ml) _____ <input type="checkbox"/> Lysetherapie _____ <input type="checkbox"/> Hypnotikum <input type="checkbox"/> durch Vorbehandelnde <input type="checkbox"/> durch eig. Rettungsmittel <input type="checkbox"/> beides (fortlaufend) <input type="checkbox"/> nicht klassifiziert <input type="checkbox"/> NaBi (ml) _____ <input type="checkbox"/> Hypertone Inf. (mg) _____		Defiauswertung Spezifität des 1. erfolgreichen Schocks <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 Art des erfolgreichen Schocks <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 Energie 1. erf. Schocks: _____ Anzahl Defischocks: _____ Code Defihersteller: _____ Code Defibrillator: _____																																																							
Primäres Reanimationsergebnis 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: _____		Komplikationen Atemweg <input type="checkbox"/> Intubation schwierig <input type="checkbox"/> Venöser Zugang <input type="checkbox"/> Intubation unmöglich <input type="checkbox"/> Schwierig <input type="checkbox"/> nicht möglich Hilfetext für die Einsatzbesonderheiten nebenstehend <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>Einsatzbesonderheiten 1. techn. Fehlfunktionen</th> <th>Einsatzbesonderheiten 2. techn. Fehlfunktionen</th> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <th>1. Relevanz</th> <th>2. Relevanz</th> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <th>Zeitpunkt 1. Besonderheit</th> <th>Zeitpunkt 2. Besonderheit</th> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </table>		Einsatzbesonderheiten 1. techn. Fehlfunktionen	Einsatzbesonderheiten 2. techn. Fehlfunktionen	_____	_____	1. Relevanz	2. Relevanz	_____	_____	Zeitpunkt 1. Besonderheit	Zeitpunkt 2. Besonderheit	_____	_____																																										
Einsatzbesonderheiten 1. techn. Fehlfunktionen	Einsatzbesonderheiten 2. techn. Fehlfunktionen																																																								
_____	_____																																																								
1. Relevanz	2. Relevanz																																																								
_____	_____																																																								
Zeitpunkt 1. Besonderheit	Zeitpunkt 2. Besonderheit																																																								
_____	_____																																																								
QM Rettungsdienst Notarznachforderung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Telefonanleitung Rea. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Maßnahmen Notkompetenz <input type="checkbox"/> Intubation <input type="checkbox"/> Defibr. manuell <input type="checkbox"/> Ven. Zugang <input type="checkbox"/> Medikam. Therapie <input type="checkbox"/> Defibrillation AED		Auswertungsoptionen mit WV Zielklinik _____ NEF Kennung _____																																																							
Bemerkungen _____																																																									

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