

Neues Formular

Einsatz-Nr.

Wache

Rettungsdienstprotokoll DIVIDOK®-ePen

(07/09) gem. Empfehlung der DIVI · Nachdruck verboten!

NOTFALLSITUATION

Krankenkasse bzw. Kostenträger		geb. am	
Name, Vorname des Versicherten		<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	
Straße, Hausnummer			
PLZ	Ort	<input type="checkbox"/> wie KVK/Pat.	
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status	
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Einsatzdatum	

RETTUNGSTECHNISCHE DATEN

Rett.Mittel RTW KTW NEF

Code Einsatzgrund

Fahrzeug Funk

Einsatzort

Transportziel

Personal 1 Fahrer

Personal 2 Trsp.-Führer

Personal 3 Praktikant

km Ende Alarm Übergabe

km Anfang Ankunft Patient Einsatzbereit

km Gesamt Abfahrt Ende

Sondersignal zum Einsatzort Patientenfahrt

ERSTBEFUND

n. erhoben

BEWUSSTSEINSLAGE	KREISLAUF	MESSWERTE
<input type="checkbox"/> orientiert/wach <input type="checkbox"/> getrübt <input type="checkbox"/> bewusstlos <input type="checkbox"/> Komapatient	<input type="checkbox"/> Schock <input type="checkbox"/> Kreislaufstillstand <input type="checkbox"/> Puls regelmäßig <input type="checkbox"/> Puls unregelmäßig	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> RR syst <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> RR diast <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Puls <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> SpO ₂ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> AF <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> BZ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Temp. °C
PUPILLENFUNKTION	EKG	
re <input type="checkbox"/> eng <input type="checkbox"/> li <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> weit <input type="checkbox"/> entrundet <input type="checkbox"/> Lichtreaktion	<input type="checkbox"/> Sinusrhythmus <input type="checkbox"/> Rhythmusstörung <input type="checkbox"/> Kammerflimmern <input type="checkbox"/> Asystolie	
SCHMERZ	ATMUNG	
<input type="checkbox"/> kein <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> stark	<input type="checkbox"/> spontan/frei <input type="checkbox"/> Atemnot <input type="checkbox"/> Hyperventilation <input type="checkbox"/> Atemstillstand	

ERKRANKUNG

Keine

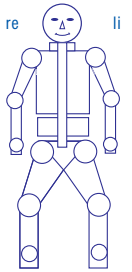
Atmung Intoxikation Pädiatrie
 Kreislauf Hypo- Hyperthermie Neurologie
 Abdomen Gynäkologie Psychiatrie
 Stoffwechsel Geburtshilfe sonstige

VERLETZUNG

Keine

Prellung/Fraktur Wunde/Verletzung Verbrennung
 Fraktur/V.a. Inhalationstrauma Elektrounfall
 Sonstige

	offen	geschlossen	leicht	mittel	schwer
Schädel-Hirn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HWS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thorax	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abdomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BWS / LWS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Becken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obere Extremitäten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Untere Extremitäten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weichteile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



EINSATZART

Krankentransport paralleler Notarztalarm sonstiger Notfall
 Notfalltransport Versorgung ohne Transport Verkehrsunfall
 Verlegung Bereitstellung Arbeitsunfall
 Fehlfahrt Inkubatortransport sonstiger Unfall

BEMERKUNGEN

VERLAUF

UHRZEIT	15	30	45	15	30	45
Puls	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HDM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Defibrillation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In/Extubation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spontanatmung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
assistierte Beatmung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kontrollierte Beatmung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maßnahmen						
SpO ₂						
O ₂ L/min						
Temp.						
et CO ₂						

MASSNAHMEN RettAss/RS

Keine

stabile Seitenlage Extremitätenschiene Sauerstoffgabe Ltr/Min.
 Oberkörperhochlage Wundversorgung/Verband Intubation
 Flachlagerung EKG-Monitoring Beatmung
 Schocklagerung Infusion Herzdruckmassage
 Vakuummattatze Atemwege freimachen Erstdefibrillation
 HWS-Stützkragen Notkompetenz-Maßnahmen: sonstige

venöser Zugang: Lage Größe Anzahl

Medikamente:

ERSTHELFER-MASSNAHMEN

Keine

suffizient insuffizient AED

ERGEBNIS / ÜBERGABE

Zustand verbessert Notarzt nachgefordert Tod am Notfallort
 Zustand unverändert Notarzt abbestellt Tod während Transport
 Zustand verschlechtert Patient lehnt Transport ab ZEK s. Rückseite
 Transport nicht erforderl. Hausarzt / ÄBD informiert:

Übergabe an:

Wertsachen: Zeit:

VERLAUFSBESCHREIBUNG

Unterschrift RettAss / RS

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 Krankentransport / 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 Patient/Signature Patient _____ Unterschrift Zeuge/Signature witness _____

Kostenanerkennung

Ich, _____ verpflichte mich, bei Nichtvorlage einer Notwendigkeitsbescheinigung, diese innerhalb von 14 Tagen nachzureichen, da ansonsten die Transportkosten zu meinen Lasten gehen.

Datum und Unterschrift _____

MATERIALVERBRAUCH

Schlüssel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Menge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zwischenfälle / Ereignisse / Komplikationen (ZEK)

ZEK -Art

Atemwege, Gasaustausch

- 01 = Diskonnektion
- 02 = Tubus verlegt / abgeknickt
- 03 = Akzidentelle Extubation
- 04 = Nicht vorhergesehene schwierige Intubation
- 05 = Intubation nicht möglich
- 06 = Fehlintubation
- 07 = Einseitige Intubation
- 09 = Laryngospasmus
- 11 = Aspiration
- 12 = Hypoventilation / Hypoxämie
- 15 = Andere Resp. Störung

Herz- Kreislaufsystem

- 18 = Hypotension
- 19 = Hypertension
- 20 = Arrhythmie
- 21 = Tachykardie
- 22 = Bradykardie
- 23 = Hypovolämie
- 26 = Kreislaufstillstand
- 29 = Venenzugang nicht möglich
- 30 = Andere Störung des H-K-Systems

Allgemeine Reaktionen

- 40 = Anaphylaktisch-allergische Reaktion
- 42 = Hypothermie
- 48 = Andere allgemeine Reaktion

Zentrales Nervensystem

- 60 = Krampfanfall
- 61 = Verwirrheitszustand
- 64 = Andere zentrale neurologische Störungen

Medizintechnik

- 67 = Narkosegerät / Beatmungsgerät
- 68 = EKG-Überwachungsgerät
- 69 = Automatische Blutdruckmessung
- 70 = Externer Schrittmacher
- 71 = Defibrillator
- 72 = Pulsoximetrie
- 73 = Intubationsbesteck
- 74 = Medikamentenzufuhr (Infusionssysteme/Pumpen)
- 75 = Andere Störungen Medizintechnik

Läsionen

- 78 = Fehl-/Mehrfachpunktion Gefäße
- 79 = Zähne
- 80 = Gefäße
- 81 = Muskel- und Weichteile
- 82 = Haut
- 83 = Atemwege
- 84 = Augen
- 85 = Epistaxis
- 86 = Pneumo-/Hämatothorax
- 87 = Nerven
- 88 = Verletzung durch HDM
- 89 = Andere Läsionen

Organisation

- 91 = Zwangseinweisung / Zwangsbehandlung
- 92 = Fehlerhafte Einsatzmeldung
- 93 = Nächstgelegenes geeignetes Rettungsmittel nicht verfügbar
- 94 = Nächstgelegenes geeignetes Krankenhaus nicht aufnahmefähig
- 95 = Übergabeproblem in aufnehmender Klinik
- 96 = Zusätzlich erforderliche Rettungsmittel waren nicht zeitgerecht verfügbar
- 97 = Einsatz unter Leitung eines LNA
- 98 = Sonstiges

	1.	2.	3.
Art	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeitpunkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relevanz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ZEK -Zeitpunkt

- 0 = Anfahrt
- 1 = Versorgung
- 2 = Transport
- 3 = Übergabe

ZEK -Relevanz

- 0 = ZEK ohne Auswirkung auf den klinischen Zustand
- 1 = ZEK klinisch bedeutsam, aber ohne Einfluß auf den weiteren Krankheitsverlauf
- 2 = ZEK klinisch bedeutsam, mit Einfluß auf den weiteren Krankheitsverlauf
- 3 = ZEK klinisch bedeutsam mit zusätzlicher Schädigung des Patienten, die Tod oder Dauerschaden zur Folge hat