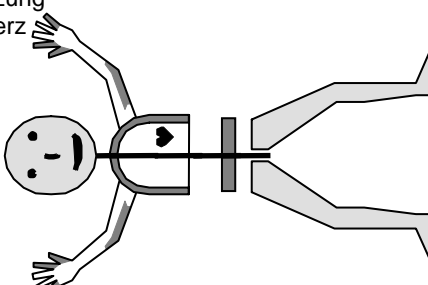


Einsatz Protokoll vom: (Datum)

Einsatzablauf (Zeit):	Alarmeingang:	Ausrückzeit:	Ankunft b. Pat.:	Übergabe 144 / Arzt:
Einsatzort:				
Personal:	Betriebssanität:			
Patient:	Name:	Vorname:	Adresse:	M <input type="checkbox"/> / W <input type="checkbox"/>
	Geburtsdatum:	Arztadresse:		
Ereignishergang:				Zeugen:

Patientenzustand: x Verletzung o Schmerz 	Bewusstsein:	Atmung:	Puls:	Farbe:	Linke Pupille:	Rechte Pupille:
	Klar <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/>	Kräftig <input type="checkbox"/>	Rosig <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/>
	Getrübt <input type="checkbox"/>	Hypervent. <input type="checkbox"/>	Unregelm. <input type="checkbox"/>	Blass <input type="checkbox"/>	Erweitert <input type="checkbox"/>	Erweitert <input type="checkbox"/>
	Verwirrt <input type="checkbox"/>	Hypovent. <input type="checkbox"/>	Schwach <input type="checkbox"/>	Blau <input type="checkbox"/>	Verengt <input type="checkbox"/>	Verengt <input type="checkbox"/>
	Bewusstlos <input type="checkbox"/>	Atemstillst. <input type="checkbox"/>	Keiner <input type="checkbox"/>	Weiss <input type="checkbox"/>		
	Motorik:	Sensibilität:	Bemerkungen zum Patientenzustand:			
	O.B. <input type="checkbox"/>	O.B. <input type="checkbox"/>				
	Gestört:	Kribbeln/Lähmung:				
Rechter Arm <input type="checkbox"/>	Rechter Arm <input type="checkbox"/>					
Linker Arm <input type="checkbox"/>	Linker Arm <input type="checkbox"/>					
Rechtes Bein <input type="checkbox"/>	Rechtes Bein <input type="checkbox"/>					
Linkes Bein <input type="checkbox"/>	Linkes Bein <input type="checkbox"/>					

Bergung:	Extremitätenfix. <input type="checkbox"/>	Vakuum Matratze <input type="checkbox"/>	Schaufeltrage <input type="checkbox"/>	HWS Fix. <input type="checkbox"/>	Sonstiges:	
Massnahmen:	Sauerstoffgabe <input type="checkbox"/>	L/min.:	Defibrillation <input type="checkbox"/>	Beatmung <input type="checkbox"/>	Thoraxkompression <input type="checkbox"/>	Sonstige:
Monitoring:	Atmung <input type="checkbox"/>	Puls <input type="checkbox"/>	BD <input type="checkbox"/>	Bewusstsein <input type="checkbox"/>	Sonstiges:	
Medikamente:						

Puls ↓ / Zeit →	10	20	30	40	50	BD ↓ / Zeit →	10	20	30	40	50
180						200					
160						180					
140						160					
120						140					
100						120					
80						100					
60						80					
40						60					
20						40					

Bemerkungen: