

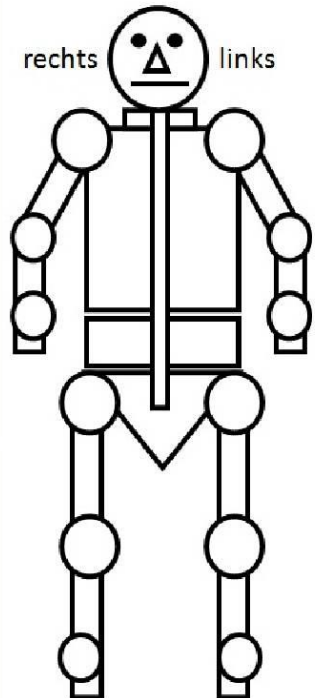
Einsatzprotokoll für First Responder

First Responder Gruppe FEUERWEHR MARKT STAMMBACH	Einsatznummer der Rettungsleitstelle	Einsatzfahrzeug: Florian Stammbach <input type="checkbox"/> 79/1 <input type="checkbox"/> 11/1 <input type="checkbox"/> 10/1
---	--------------------------------------	---

Einsatzdaten	Eingesetzte Kräfte	Nachforderungen
Einsatzort	Helfer 1 Qualifikation	<input type="checkbox"/> NEF
Einsatzdatum Alarmzeit Ausrücken	Helfer 2 Qualifikation	<input type="checkbox"/> weiterer RTW
Ankunft Ankunft RD Einsatzende	Helfer 3 Qualifikation	<input type="checkbox"/> Feuerwehr
		<input type="checkbox"/> Polizei
		<input type="checkbox"/> Sonstige _____

Patient(in)	Einsatzgrund
Alter	<input type="checkbox"/> Brandeinsatz <input type="checkbox"/> Verkehrsunfall <input type="checkbox"/> Suizidversuch <input type="checkbox"/> Kindernotfall
Geschlecht ♀ ♂	<input type="checkbox"/> int. Notfall <input type="checkbox"/> chir. Notfall <input type="checkbox"/> neur. Notfall <input type="checkbox"/> Vergiftung
	Sonstiges:

Situation vor Ort	Anamnese/Vorerkrankungen/Medikation/Allergien

Bewusstseinslage	Verletzungsmuster	
<input type="checkbox"/> wach <input type="checkbox"/> Reaktion auf Ansprache <input type="checkbox"/> Reaktion auf Schmerz <input type="checkbox"/> bewusstlos	<input type="checkbox"/> keine offensichtlichen Verletzungen	
Atmung	<input type="checkbox"/> Prellung/Fraktur	
<input type="checkbox"/> spontan <input type="checkbox"/> Atemnot <input type="checkbox"/> Hyperventilation <input type="checkbox"/> Atemstillstand	<input type="checkbox"/> Wunde/Verletzung	
Sonstiges:	<input type="checkbox"/> Verbrennung (% KOF)	
Schmerzskala	<input type="checkbox"/> Inhalationstrauma	
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	<input type="checkbox"/> Sonstiges:	
Kein Schmerz mäßiger Schmerz stärkster Schmerz		
Pupillen		
rechts <input type="checkbox"/> eng <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> weit <input type="checkbox"/> kein LR <input type="checkbox"/> entrundet		
links <input type="checkbox"/> eng <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> weit <input type="checkbox"/> kein LR <input type="checkbox"/> entrundet		

Vitalparameter	EKG
Uhrzeit	<input type="checkbox"/> Sinusrhythmus
Blutdruck mmHg mmHg mmHg	<input type="checkbox"/> Rhythmusstörung
Herzfrequenz /min /min /min	<input type="checkbox"/> Kammerflimmern
Atemfrequenz /min /min /min	<input type="checkbox"/> Asystolie
SpO ₂ % % %	<input type="checkbox"/> Sonstiges:
Blutzucker mg/dl mg/dl mg/dl	
Sonstiges	

Maßnahmen
<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Betreuung <input type="checkbox"/> Bodycheck <input type="checkbox"/> Temperatur (°C) <input type="checkbox"/> freimachen Atemwege <input type="checkbox"/> Absaugung <input type="checkbox"/> O ₂ -Gabe (/min)
<input type="checkbox"/> Beatmung <input type="checkbox"/> Intubation/Larynx-tubus <input type="checkbox"/> Rückatmung <input type="checkbox"/> Herzdruckmassage <input type="checkbox"/> AED/Defibrillation <input type="checkbox"/> Wärmeerhalt
<input type="checkbox"/> Lagerungsart:
<input type="checkbox"/> Blutstillung (Tourniquet) <input type="checkbox"/> Verband <input type="checkbox"/> Schienung/ Ruhigstellung <input type="checkbox"/> HWS-Immobilisation <input type="checkbox"/> i.V. Zugang <input type="checkbox"/> Volumengabe >500ml
Sonstiges:

Verdachtsdiagnose	Übergabe an	Unterschrift