

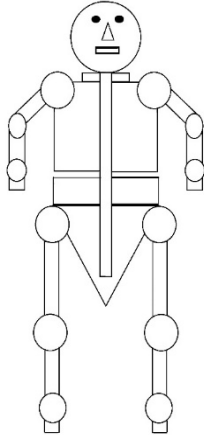
# P A T I E N T E N P R O T O K O L L



## ALLGEMEINE ANGABEN

Patientendaten	Angaben zur Hilfeleistung: SV _____
Name: _____ Adresse: _____ PLZ und Ort: _____ Geburtsdatum: ____/____/____	Datum und Zeit: _____ Übergabe an: _____ Anlass: _____ Visum Samariter: _____

## BEFUND ABCDE ☐ = Anfang   ○ = Abgabe BODYCHECK

<b>A</b>	<b>Atemwege frei?</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Schwellung <input type="checkbox"/> Rötung <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> Halsschienengriff	rechts   links 
<b>B</b>	<b>Atemnot:</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <b>Frequenz:</b> <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> schnell <input type="checkbox"/> langsam <b>Atemgeräusche:</b> <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> _____ <b>Sauerstoff:</b> <input type="checkbox"/> Brille <input type="checkbox"/> Maske <input type="checkbox"/> ____ l/min. <input type="checkbox"/> ____ l/min. <b>SpO2:</b> 1 ____%   2 ____%   3 ____%	
<b>C</b>	<b>Puls:</b> 1 ____ /min.   2 ____ /min.   3 ____ /min. <input type="checkbox"/> rhythmisch <input type="checkbox"/> arrhythmisch <b>Blutdruck:</b> 1 ____ / ____ mmHg   2 ____ / ____ mmHg   3 ____ / ____ mmHg <b>Haut:</b> <input type="checkbox"/> rosig <input type="checkbox"/> blass <input type="checkbox"/> zyanotisch <input type="checkbox"/> trocken <input type="checkbox"/> feucht <input type="checkbox"/> kaltschweissig	
<b>D</b>	<b>Bewusstsein:</b> <input type="checkbox"/> orientiert <input type="checkbox"/> desorientiert <input type="checkbox"/> reagiert auf Ansprache <input type="checkbox"/> reagiert auf Schmerz <input type="checkbox"/> komatös <b>FAST auffällig:</b> <input type="checkbox"/> Face <input type="checkbox"/> Arms <input type="checkbox"/> Speech <input type="checkbox"/> Time ____:____ Uhr <b>Blutzucker:</b> <input type="checkbox"/> BZ1: ____ mmol/l <input type="checkbox"/> BZ2: ____ mmol/l	
<b>E</b>	<b>Temperatur:</b> <input type="checkbox"/> ____ °C <input type="checkbox"/> ____ °C <input type="checkbox"/> Wärmeerhalt <input type="checkbox"/> _____	

### NOTFALLGESCHEHEN

ANAMNESE		O-P-Q-R-S-T	
Symptome:		Beginn:	
Allergien:		Provokation:	
Medikamente:		Qualität:	
Patientengeschichte:		Ausstrahlung:	
Letzte Mahlzeit:		Stärke:	
Ereignis:		Verlauf:	
Risikofaktoren:		Bemerkungen:	
Soziales Umfeld:			