



Basis

Telefon ZNA: 0765-123456789
0765-123456788

GKV BG UTV P ♀ ♂

Name: _____
Straße: _____
Ort: _____
Tel: _____ Versicherungsnummer: _____
Aufnahmedatum: _____ Geburtsdatum: _____ Aufnahmezeit: _____ Uhr

Allergien: KM Penicillin Andere
 J N

Leitsymptom: _____

Notfallanamnese / relevante Eigenmedikation verantwortw. Arzt: _____
Erster Arztkontakt: _____ seit _____ h
Uhr

Befunde / Verlauf / durchgeführte Therapie
Initiierung Therapie: _____ Uhr

Abschlussdiagnosen: ICD 10 _____

Weiteres Procedere / Therapieempfehlung / Weiterbehandler:

Schwanger:
 ja
 nein
 unbekannt

Tetanusschutz:
 ja
 nein
 unbekannt

Rankin-Skala:
0 1 2 3 4 5

Isolation?:
 ja nein
Grund: _____

AF **A** _____ /min
O₂ sat **B** _____ %
RR_{sys} **C** _____ mmHg
HF _____ /min

Augenöffnung	Verbale Antwort	Motorische Antwort
<input type="checkbox"/> 4 spontan <input type="checkbox"/> 3 Aufforderung <input type="checkbox"/> 2 Schmerzreiz <input type="checkbox"/> 1 Keine	<input type="checkbox"/> 5 orientiert <input type="checkbox"/> 4 verwirrt <input type="checkbox"/> 3 inadäquat <input type="checkbox"/> 2 unverständlich <input type="checkbox"/> 1 keine	<input type="checkbox"/> 6 Aufforderung gezielt <input type="checkbox"/> 4 ungezielt <input type="checkbox"/> 3 Beugekrämpfe <input type="checkbox"/> 2 Streckkrämpfe <input type="checkbox"/> 1 keine
Summe: _____ + _____ + _____ = GCS _____		

Pupillenweite	Lichtreaktion
<input type="checkbox"/> weit <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> eng	<input type="checkbox"/> prompt <input type="checkbox"/> träge <input type="checkbox"/> keine

KKT: **E** _____ °C
Schmerz: _____
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Diagnostik:

<input type="checkbox"/> Labor	<input type="checkbox"/> opB
<input type="checkbox"/> BGA	<input type="checkbox"/> opB
<input type="checkbox"/> U-Stix	<input type="checkbox"/> opB
<input type="checkbox"/> EKG	<input type="checkbox"/> opB
<input type="checkbox"/> Röntgen	<input type="checkbox"/> opB
<input type="checkbox"/> Sono	<input type="checkbox"/> opB
<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> opB
<input type="checkbox"/> MRT	<input type="checkbox"/> opB
<input type="checkbox"/> Echo	<input type="checkbox"/> opB
<input type="checkbox"/> Konsil	

Zusatzmodule:

<input type="checkbox"/> Überwachung
<input type="checkbox"/> Trauma
<input type="checkbox"/> ACS
<input type="checkbox"/> Neurologie
<input type="checkbox"/> IAS
<input type="checkbox"/> Konsil
<input type="checkbox"/> Anästhesie
<input type="checkbox"/> RD-Protokoll
<input type="checkbox"/> Chargendoku

Zuweisung:

<input type="checkbox"/> Selbst
<input type="checkbox"/> Hausarzt
<input type="checkbox"/> Klinik
<input type="checkbox"/> RD
<input type="checkbox"/> Notarzt
<input type="checkbox"/> RTH
<input type="checkbox"/> Hausnotfall

MTS:

<input type="checkbox"/> 0
<input type="checkbox"/> 10
<input type="checkbox"/> 30
<input type="checkbox"/> 90
<input type="checkbox"/> 120

Pat. entlassen:
 nach Hause
 WB Arzt _____
 Stationäre Aufnahme _____

Unterschrift Arzt: _____