

Überwachungsprotokoll

Nr. _____ Datum: _____ Ereignis: _____ Ort: _____ SV: _____

Hier Nummer der Patienten-
Leittasche einkleben

Name: _____ Vorname: _____ m w
 Adresse: _____ Wohnort: _____
 Geburtsdatum: _____ Gewicht: _____ kg Hausarzt: _____

Zeit:	Blutdruck Sys. / Dia.		Puls	Temp.	Pupille li. / re.		O ₂ l/min	Medikamente	Bodycheck / Beobachtungen / Massnahmen

Patientenübergabe:
 Arzt/Rettungssanitäter vor Ort: _____ Visum: _____ Samariter: _____ Visum: _____