

Patientenflusskontrolle

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

Nr.	Hier Nummer der Patienten-Leittasche einkleben	Zeit / Geb.dat.	Name Vorname	Adresse	Art der Verletzung	Weitergeleitet nach wie: Zeit
1	<input type="checkbox"/> Urgent <input type="checkbox"/> II_ <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV	⌚ -----	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> K	-----	-----	⌚
2	<input type="checkbox"/> Urgent <input type="checkbox"/> II_ <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV	⌚ -----	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> K	-----	-----	⌚
3	<input type="checkbox"/> Urgent <input type="checkbox"/> II_ <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV	⌚ -----	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> K	-----	-----	⌚
4	<input type="checkbox"/> Urgent <input type="checkbox"/> II_ <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV	⌚ -----	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> K	-----	-----	⌚
5	<input type="checkbox"/> Urgent <input type="checkbox"/> II_ <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV	⌚ -----	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> K	-----	-----	⌚
6	<input type="checkbox"/> Urgent <input type="checkbox"/> II_ <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV	⌚ -----	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> K	-----	-----	⌚
7	<input type="checkbox"/> Urgent <input type="checkbox"/> II_ <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV	⌚ -----	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> K	-----	-----	⌚
8	<input type="checkbox"/> Urgent <input type="checkbox"/> II_ <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV	⌚ -----	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> K	-----	-----	⌚

(M)ännlich / (W)eiblich / (K)ind

Name: _____ Visum: _____

Transportprotokoll

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

Spital	Kapa- zität	Patientennummer (P) und Rettungsdienst (R)				
		P: Nummer der Patienten-Leittasche einkleben	R: Transportmittel und Fahrzeughalter	🕒: Zeit des Abtransportes		
		P				
		R	🕒	🕒	🕒	🕒
		P				
		R	🕒	🕒	🕒	🕒
		P				
		R	🕒	🕒	🕒	🕒
		P				
		R	🕒	🕒	🕒	🕒
		P				
		R	🕒	🕒	🕒	🕒
		P				
		R	🕒	🕒	🕒	🕒

Name: _____ Visum: _____

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: _____