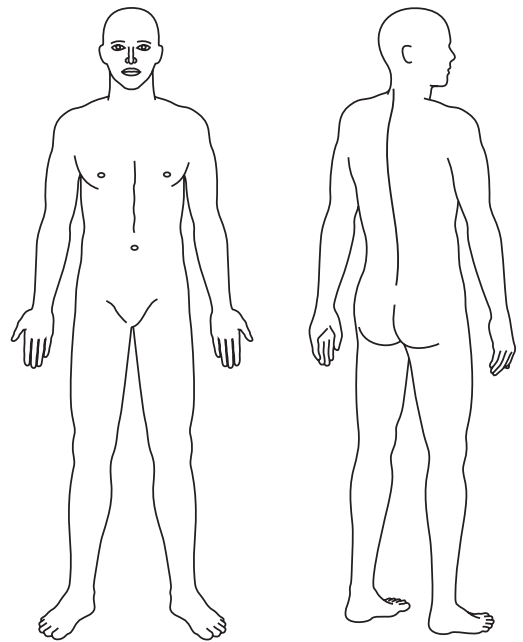


Patientenprotokoll

Angaben zum Patienten	Angaben zum Postendienst
Name	Verein
Vorname	Samariter
Adresse	Anlass
PLZ/Ort	Datum
Geb.datum	Alarmiert <input type="checkbox"/> 144 <input type="checkbox"/> Arzt Zeit <input type="text"/> : <input type="text"/> : <input type="text"/>

Notfallsituation Wo? Wer? Wann? Was? Weiteres?



Zustand des Patienten	
Wach	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> schläfrig
Orientiert	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Pupillen	<input type="checkbox"/> eng <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> weit <input type="checkbox"/> Differenz <input type="checkbox"/> Lichtreaktion <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schmerzen	<input type="checkbox"/> ja
Verletzungen	<input type="checkbox"/> ja
Blutungen	<input type="checkbox"/> ja
eigene Medikamente	
Allergien	

Massnahmen	
<input type="checkbox"/> Lagerung	<input type="checkbox"/> Fixation
<input type="checkbox"/> Verband	<input type="checkbox"/> CPR
<input type="checkbox"/> Defibrillation	<input type="checkbox"/> Sonstiges

Überwachung	Zeit: __ : __				
BD					
Puls					
Temperatur					
O2/l/min					
SpO2 %					
Blutzucker					

Bemerkungen

Wertsachen	
<input type="checkbox"/> Portemonnaie	<input type="checkbox"/> Natel
<input type="checkbox"/> Schlüssel	<input type="checkbox"/> Ring
<input type="checkbox"/> Brille	<input type="checkbox"/> Uhr
<input type="checkbox"/> Zahnprothese	<input type="checkbox"/> Sonstiges

Patient übergeben an
Übergabezeit
Visum Arzt vor Ort
Visum Postensamariter