

Betriebssanitärprotokoll



Patient

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Geburtsdatum

weiblich

männlich

Einsatz	<input type="checkbox"/> First Responder-Einsatz	<input type="checkbox"/> Einsatz bei Sanitätsdienst
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Einsatzdatum	Einsatz-Nr.	Standort
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Alarmzeit	Ausrücken	Ankunft
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Übergabe	Ankunft Rettungsdienst	Einsatzende
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Eingesetzte Helfer

Ausbildungsstand

Name

EH San BS RH RS RA Not San NA

Name

EH San BS RH RS RA Not San NA

Name

EH San BS RH RS RA Not San NA

Einsatzort/Auffindeort:

Situation vor Ort:

Versorgung an Sanitätsstation

Beschwerden

internistisch/neurologisch
 chirurgisch

pädiatrisch

Unfallhergang

Verkehrsunfall
 Brandeinsatz

Sturz
 Sportunfall

Anamnese/Vorerkrankung/ Dauermedikation/Allergien:

Verletzungsmuster

keine
 Fraktur/V.a.
 Prellung
 Verbrennung

Wunde/Verletzung
 Inhalations-trauma
 Elektrounfall
 Sonstige



Bewusstseinslage

wach/orientiert
 wach/desorientiert

schläfrig/getrückt
 bewusstlos

Atemung

spontan/frei
 Atemnot

Hyperventilation
 Atemstillstand

Schmerzen

keine
 mittelstark

leicht
 stark

Uhrzeit

Blutdruck

mmHg

mmHg

mmHg

mmHg

Herzfrequenz

/min

/min

/min

/min

SpO₂

%

%

%

%

Blutzucker

mg/dl

mg/dl

mg/dl

mg/dl

Sonstiges

Maßnahmen

Infusion

(Vollelektrolyt z.B. Ringer)

vorbereitet
 angelegt

i.v. Zugang

vorbereitet
 angelegt

Größe

Ort

Larynxtubus

nicht erfolgreich
 erfolgreich

Größe

Intubation

nicht erfolgreich
 erfolgreich

Größe

Sauerstoffgabe

Maske
 Brille/Sonde

l/min

Freimachen der Atemwege

Absaugung

Guedel-Tubus

Beatmung assistiert

Beatmung kontrolliert

Herzdruckmassage

AED

angeschlossen
 Schock empfohlen

Anzahl Schocks:

Übergabe an

nur Versorgung/
Hilfeleistung

Organisatorisches am Einsatzort

Absicherung der Einsatzstelle
 Nachforderung Rettungsmittel
 Tragehilfe

Lagemeldung an Leitstelle
 Unterstützung des Rettungsdienstes
 Lotsendienst

Lagerung

Oberkörper hoch/sitzend
 Seitenlage

Flachlagerung
 Schocklagerung

Versorgung

Betreuung des Patienten

Wärmeerhaltung

Sonstiges

Wundversorgung
 Halskrause
 Vakuummatratze

Kältebehandlung
 Spineboard/Schaukeltrage
 Schienung

Sonstiges

Maßnahmen wurden
teilweise/vollständig
verweigert

Unterschrift