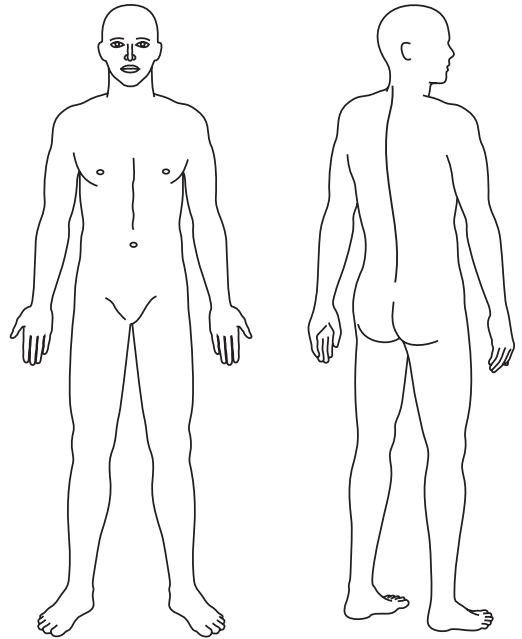


Patientenprotokoll

Angaben zum Patienten
Name
Vorname
Adresse
PLZ/Ort
Geb.datum

Angaben zum Postendienst
Verein
Samariter
Anlass
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	
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