



<b>Name:</b>		<b>Feuerwehr:</b>	
<b>Vorname:</b>		<b>Einsatzort:</b>	
<b>Geb. Datum:</b>		<b>Einsatzdatum:</b>	
<b>Strasse:</b>		<b>Betreuung durch:</b>	
<b>PLZ/Ort:</b>		<b>Alarmierung 144 notwendig:</b>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein

**Was ist geschehen:**

---



---



---

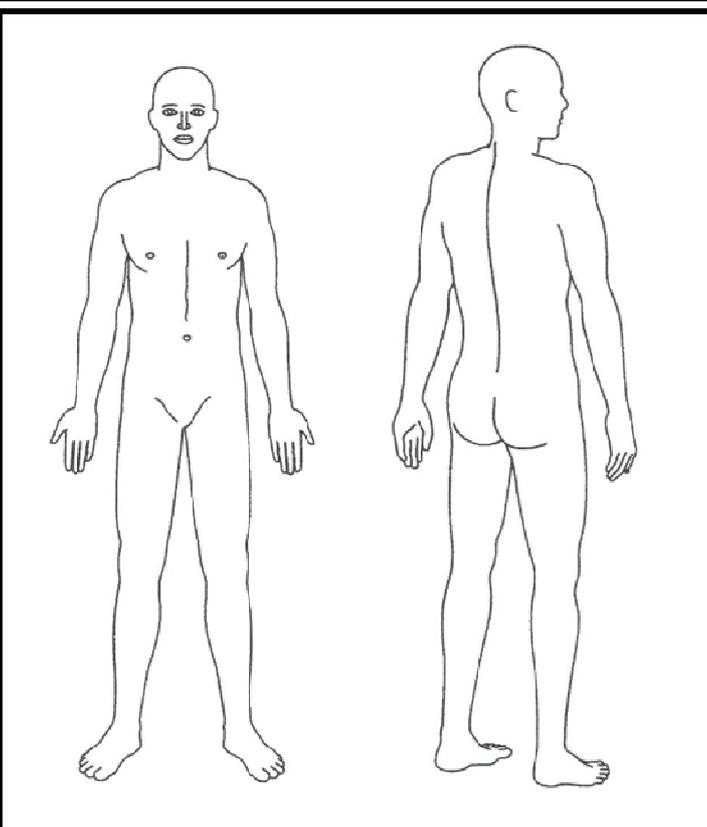


---



---

<b>X</b>	Starke offensichtliche Blutungen? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
	Blutung stillbar? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
<b>A</b>	Atemwege verlegt? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
	Halswirbelsäulenverletzung? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
<b>B</b>	Atmung vorhanden? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
	<input type="radio"/> < 10 <input type="radio"/> 11-18 <input type="radio"/> > 30
	Sauerstoffsättigung <94%? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
<b>C</b>	Puls <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
	<input type="radio"/> Schwach <input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Stark
	Blutungen? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
<b>D</b>	Ansprechbar? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
	Auf Ansprache? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
	Auf Schmerzreiz? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
<b>E</b>	Wärmeerhalt? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
	Witterungsschutz? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein



**Bei X, A, B, C, D Problemen sofort 144 alarmieren!**

Seitenlage <input type="radio"/>	Psych. Betreuung <input type="radio"/>
AED <input type="radio"/>	Verband <input type="radio"/>
Sauerstoff <input type="radio"/>	Kühlen <input type="radio"/>
Schienung <input type="radio"/>	Blutstillung <input type="radio"/>

Werte	Zeit	Zeit	Zeit	Zeit	Symptome:
<b>Blutdruck</b> mmhg					<b>Allergien:</b>
<b>Puls</b> pro Min.					<b>Medis:</b>
<b>Sauerstoff Liter</b>					<b>Vorerkrankungen:</b>
<b>SpO2%</b>					Zeitpunkt letzte Mahlzeit:
<b>Blutzucker</b> mmol					Zeitpunkt Ereignis:
					<b>Soziales:</b>
					Portemonnaie <input type="radio"/> Natel <input type="radio"/>
					Schlüssel <input type="radio"/> Ring / Schmuck <input type="radio"/>
					Brille <input type="radio"/> Uhr <input type="radio"/>
					Zahnprothese <input type="radio"/> Sonstiges <input type="radio"/>
					Pers. Gegenstände übergeben an:

Patientensammelstelle eingerichtet? <input type="radio"/>	Übergabe Patient an:
<b>EL FW über Patienten informiert?</b> <input type="radio"/>	RD <input type="radio"/> Polizei <input type="radio"/> Privat <input type="radio"/>
Unverletzte betreuen <input type="radio"/>	Patient verweigert Massnahmen:
	Unterschrift Patient
Unterschrift Betreuung	Unterschrift Zeuge