

Einsatztechnische Daten

Datum:	<input type="checkbox"/> First Responder-Einsatz		
Alarmzeit:	<input type="checkbox"/> SRK-Notruf	<input type="checkbox"/> Rückmeldung SNZ ist erfolgt	
Einsatzort (Adresse):	Eintreffen am Ort:		
	Eintreffen 1. FR: <input type="checkbox"/> vor RD <input type="checkbox"/> nach RD <input type="checkbox"/> kein RD (SRK-Notruf)		
Name First Responder vor Ort:	RD vor Ort		
1. FR	km	<input type="checkbox"/> HJB (Jura)	<input type="checkbox"/> SE AG (Emmental)
2. FR	km	<input type="checkbox"/> ARBAG (Biel)	<input type="checkbox"/> SRO AG (Obereargau)
3. FR	km	<input type="checkbox"/> Inselgruppe AG	<input type="checkbox"/> STS AG (Thun-Simmental)
4. FR	km	<input type="checkbox"/> SANO Bern	<input type="checkbox"/> FMI AG (Frutigen-Meiringen-Interlaken)
5. FR	km	<input type="checkbox"/> Luftrettung	<input type="checkbox"/>

----- Falls Eintreffen FR nach RD, kann der folgende Abschnitt leer bleiben. -----

Notfallgeschehen / Was ist passiert?

Eintreffen des 1. First Responders (Wie hat der erste FR den Patienten angetroffen?)

Massnahmen durch vorher Anwesende / Angehörige <input type="checkbox"/> jemand macht Herzdruckmassage <input type="checkbox"/> jemand beatmet <input type="checkbox"/> AED ist am Patient <input type="checkbox"/>	Atemwege (A) <input type="checkbox"/> frei <input type="checkbox"/> verlegt	Atemung (B) <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> Atemnot <input type="checkbox"/> blaue Hautfarbe <input type="checkbox"/> Atemgeräusche <input type="checkbox"/> keine Atmung	Bewusstsein (D) <input type="checkbox"/> orientiert <input type="checkbox"/> getrübt <input type="checkbox"/> bewusstlos
---	--	--	--

Massnahmen allgemein <input type="checkbox"/> Rückenlage <input type="checkbox"/> sitzend / Oberkörper hoch <input type="checkbox"/> Seitenlage <input type="checkbox"/> Blutstillung / Wundversorgung <input type="checkbox"/> Schocklage <input type="checkbox"/> Wärmeerhalt <input type="checkbox"/> weitere Massnahmen:	Massnahmen Reanimation <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td>Durch First Responder</td> <td style="text-align: center;">Ja</td> <td style="text-align: center;">Nein</td> </tr> <tr> <td>Herzdruckmassage</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Beatmung</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>AED eingesetzt</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Anzahl abgegebene Schocks</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>Wann wurde der 1. Schock abgegeben?</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>	Durch First Responder	Ja	Nein	Herzdruckmassage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Beatmung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	AED eingesetzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anzahl abgegebene Schocks			Wann wurde der 1. Schock abgegeben?		
Durch First Responder	Ja	Nein																	
Herzdruckmassage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
Beatmung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
AED eingesetzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
Anzahl abgegebene Schocks																			
Wann wurde der 1. Schock abgegeben?																			

verwendetes FR-Material

<input type="checkbox"/> AED-Elektroden → gemäss « Vorgehen nach FR-Einsatz »
<input type="checkbox"/> anderes Material → Ersatz durch RD vor Ort oder gemäss « Vorgehen nach FR-Einsatz »

----- Allfällige Bemerkungen und Visum bitte bei jedem Protokoll ausfüllen. -----

Bemerkungen

Visum	Tel. FR für Rückfragen