



Einsatzprotokoll Wasserrettungsdienst

Gliederung

EDV
-
Nr.

Einsatzdaten

Datum:	Auftrags-Nr.:
Einsatzbeginn:	Einsatzende:
Einsatzort	zust. RLS

eingesetzte DLRG-Rettungsmittel

Rettungsmittel	GW-W	TGF	BGF	MZB	RTB 1	RTB 2
Funkrufname						
gef. km/Stunden						

Patientendaten

Krankenkassentyp	in
Krankenkassennummer	
Versichertennummer	
Name, Vorname Versicherter	geb.
Name, Vorname Patient	geb.
PLZ, Wohnort Straße	Geschlecht

Übergabe an

Funkrufname	Name des Arztes
-------------	-----------------

Einsatzbericht

Statistische Daten

Bewußtsein <input type="checkbox"/> orientiert <input type="checkbox"/> getrübt, <input type="checkbox"/> bewusstlos <input type="checkbox"/> Krampfanfall	Atmung <input type="checkbox"/> spontan/frei <input type="checkbox"/> Atemnot <input type="checkbox"/> Hyperventilation <input type="checkbox"/> Atemstillstand	Kreislauf <input type="checkbox"/> Puls: min ⁻¹ , <input type="checkbox"/> Kreislaufstillstand <input type="checkbox"/> Blässe, Kältschweißigkeit <input type="checkbox"/> Herzschmerz																						
Verletzungen <input type="checkbox"/> Kopf: <input type="checkbox"/> HWS: Verdacht Fraktur <input type="checkbox"/> Brustr: <input type="checkbox"/> Bauchr: <input type="checkbox"/> BWS / LWS Verdacht Fraktur <input type="checkbox"/> Becken: <input type="checkbox"/> Arme: <input type="checkbox"/> Beine:	Maßnahmen <input type="checkbox"/> Freim. Atemwege/Absaugen <input type="checkbox"/> Beatmung <input type="checkbox"/> HLW <input type="checkbox"/> Lagerung: <input type="checkbox"/> Sauerstoffinh.: l/min <input type="checkbox"/> Wärmeerhalt <input type="checkbox"/> Wundversorgung <input type="checkbox"/> Immobilisation <input type="checkbox"/> Kühlung <input type="checkbox"/> Überwachung Vitalfunktion	Weitere Vitalwerte <input type="checkbox"/> Blutdruck: / mmHg <input type="checkbox"/> Blutzucker: mg/dl <input type="checkbox"/> Körpertemperatur: °C																						
Erkrankungen/Zustände <input type="checkbox"/> Verdacht Intoxikation <input type="checkbox"/> Unterkühlung <input type="checkbox"/> Stoffwechselstörung <input type="checkbox"/> Allergie <input type="checkbox"/> sonstige:	<input type="checkbox"/> psychische Betreuung <input type="checkbox"/> sonstige: <input type="checkbox"/> keine, da	Ergebnis/Übergabe <input type="checkbox"/> Zustand: <input type="checkbox"/> Patient lehnt Transport ab <input type="checkbox"/> Tod am Notfallort <input type="checkbox"/> sonstige:																						
Einsatzart <input type="checkbox"/> Wassernotfall <input type="checkbox"/> Transport mit Boot: <input type="checkbox"/> Sicherung v. Einsatzkräften <input type="checkbox"/> Hochwassereinsatz <input type="checkbox"/> Internistischer Notfall <input type="checkbox"/> Chirurgischer Notfall <input type="checkbox"/> Verkehrsunfall <input type="checkbox"/> Totenbergrung <input type="checkbox"/> Fehleinsatz <input type="checkbox"/> Veranstaltungssicherung bei: <input type="checkbox"/> sonstiges:	Spezifik. Wassernotfall <input type="checkbox"/> Ertrinkungsfall <input type="checkbox"/> Tauchunfall <input type="checkbox"/> Bootsunfall <input type="checkbox"/> Fahrzeug mit Personen im W. <input type="checkbox"/> Seenotfall Bodensee <input type="checkbox"/> Eisrettung <input type="checkbox"/> Personensuche <input type="checkbox"/> sonstiges.	Weitere Einsatzkräfte <input type="checkbox"/> Polizei <input type="checkbox"/> FW <input type="checkbox"/> Luftrettung <input type="checkbox"/> sonstige:																						
		<input type="checkbox"/> WSP <input type="checkbox"/> RettD <input type="checkbox"/> THW <input type="checkbox"/> Bergw.																						
		eingesetztes DLRG-Personal als <table border="1"> <tr><td>EL-WRD / EL-T</td><td>0</td></tr> <tr><td>Arzt</td><td>0</td></tr> <tr><td>Rettungsassistent</td><td>0</td></tr> <tr><td>Rettungsassistent</td><td>0</td></tr> <tr><td>Rettungshelfer</td><td>0</td></tr> <tr><td>Sanitätshelfer</td><td>0</td></tr> <tr><td>Bootsführer</td><td>0</td></tr> <tr><td>Rettungstaucher</td><td>0</td></tr> <tr><td>Leinenführer</td><td>0</td></tr> <tr><td>Wasserrettungshelfer</td><td>0</td></tr> <tr><td>Summe:</td><td>0</td></tr> </table>	EL-WRD / EL-T	0	Arzt	0	Rettungsassistent	0	Rettungsassistent	0	Rettungshelfer	0	Sanitätshelfer	0	Bootsführer	0	Rettungstaucher	0	Leinenführer	0	Wasserrettungshelfer	0	Summe:	0
EL-WRD / EL-T	0																							
Arzt	0																							
Rettungsassistent	0																							
Rettungsassistent	0																							
Rettungshelfer	0																							
Sanitätshelfer	0																							
Bootsführer	0																							
Rettungstaucher	0																							
Leinenführer	0																							
Wasserrettungshelfer	0																							
Summe:	0																							



Ärztliche Bescheinigung

EDV-Nummer:
Gliederung:
Funkrufname des DLRG-Rettungsmittels:

hiermit bescheinige ich, daß die Erstversorgung des / der
Notfallpatienten/-patientin

geboren am

durch die Einsatzgruppe der DLRG aus medizinischer Sicht
notwendig war.

Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

