



# Basis

GKV  BG  UTV  P  ♀  ♂

Name: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_  
Ort: \_\_\_\_\_  
Tel: \_\_\_\_\_ Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_  
Aufnahmedatum: \_\_\_\_\_ Aufnahmezeit: \_\_\_\_\_ Uhr Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

**Allergien:**  KM  Penicillin  Andere  
 J  N

**Leitsymptom:** \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_ h  
CEDIS \_\_\_\_\_ h

**Notfallanamnese / relevante Eigenmedikation / körp. Untersuchung**  
verantw. Arzt: \_\_\_\_\_ Erster Arztkontakt \_\_\_\_\_ Uhr

## Befunde / Verlauf / durchgeführte Therapie

Initiierung Therapie \_\_\_\_\_ Uhr

**Abschlussdiagnosen:** \_\_\_\_\_ ICD 10 \_\_\_\_\_

## Weiteres Procedere /Therapieempfehlung / Weiterbehandler:

Übergabe an WB \_\_\_\_\_ Uhr

**MTS/ESI:** \_\_\_\_\_ Uhr  
 0  10  30  90  120

**Schwanger:**  
 ja  nein  unbekannt

**Tetanusschutz:**  
 ja  nein  unbekannt

**Rankin-Skala:**  
0 1 2 3 4 5

**Isolation:**  
 Nein  Multiresistenter Keim  Gastroenteritis  Tuberkulose  Meningitis  Umkehriso  Andere:

**Multiresist. Keim:**  
 Ja  Verdacht  
 MRSA  3-MRGN  4-MRGN  VRE  Andere  Nein

**AF:** A \_\_\_\_\_ /min  
**SpO<sub>2</sub>:** B \_\_\_\_\_ %  
**RR sys:** C \_\_\_\_\_ mmHg  
**HF:** \_\_\_\_\_ /min

**Augenöffnung** **Verbale Antwort** **Motorische Antwort**  
4 spontan 5 orientiert 6 Aufforderung  
3 Aufforderung 4 verwirrt 5 gezielt  
2 Schmerzreiz 3 inadäquat 4 ungezielt  
1 Keine 2 unverständlich 3 Beugekrämpfe  
1 keine 2 Streckkrämpfe 1 keine  
Summe: \_\_\_\_\_ D \_\_\_\_\_ = GCS \_\_\_\_\_

**Pupillenweite** **Lichtreaktion**  
r weit l mittel  
r mittel l eng  
r eng l  
r prompt l  
r träge l  
r keine l

**KKT:** E \_\_\_\_\_ °C  
**Schmerz:** \_\_\_\_\_

**Diagnostik:**  
Labor  j  n \_\_\_\_\_ Uhr  opB  
BGA  j  n \_\_\_\_\_ Uhr  opB  
U-Stix  j  n \_\_\_\_\_ Uhr  opB  
EKG  j  n \_\_\_\_\_ Uhr  opB  
Sono  j  n \_\_\_\_\_ Uhr  opB  
Echo  j  n \_\_\_\_\_ Uhr  opB  
CCT  j  n \_\_\_\_\_ Uhr  opB  
CT  j  n \_\_\_\_\_ Uhr  opB  
Traumascan  j  n \_\_\_\_\_ Uhr  opB  
Rö. WS  j  n \_\_\_\_\_ Uhr  opB  
Rö. Tho  j  n \_\_\_\_\_ Uhr  opB  
Rö. Becken  j  n \_\_\_\_\_ Uhr  opB  
Rö. Ext  j  n \_\_\_\_\_ Uhr  opB  
Rö. Sonst  j  n \_\_\_\_\_ Uhr  opB  
MRT  j  n \_\_\_\_\_ Uhr  opB

**Zuweisung:**  
 Ohne  Vertragsarzt/Praxis  KV-Notdienst am KH  KV-Notdienst außerhalb KH  Rettungsdienst  Notarzt  Klinik/Verlegung  Andere

**Transportmittel:**  
 Ohne  KTW  RTW  NAW/NEF/ITW  RTH/ITH  Anderes

**Zusatzmodule:**  
 Überwachung  Trauma  Konsil  Neurologie  Anästhesie