

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

Geschlecht

☐ männlich

☐ weiblich

☐ divers

Rettungsdienstprotokoll

DIVIDOK®

gem. Empfehlung der DIVI

Nachdruck verboten!

RETTUNGSTECHNISCHE DATEN

Einsatzdatum

T T M M J J

Einsatz-Nr.

Reitt.Mittel

☐ RTW

☐ KTW

☐ NEF

Fahrzeug

Funk

Einsatzort

Transportziel

Personal 1

☐ Fahrer

Personal 2

☐ Trsp.-Führer

Personal 3

☐ Praktikant

km Ende

Alarm

Übergabe

km Anfang

Ankunft Patient

Einsatzbereit

km Gesamt

Abfahrt

Ende

Sondersignal

☐ zum Einsatzort

☐ Patientenfahrt

EINSATZART

☐ Krankentransport

☐ paralleler Notarztalarm

☐ sonstiger Notfall

☐ Notfalltransport

☐ Versorgung ohne Transport

☐ Verkehrsunfall

☐ Verlegung

☐ Bereitstellung

☐ Arbeitsunfall

☐ Fehlfahrt

☐ Inkubatortransport

☐ sonstiger Unfall

BEMERKUNGEN

VERLAUF

UHRZEIT

15

30

45

15

30

45

Puls

RR

HDM

Defibrillation

Transport

In/Extubation

Spontanatmung

assistierte Beatmung

kontrollierte Beatmung

Maßnahmen

SpO₂

O₂ L/min

Temp.

et CO₂

Version R-1.0-F (11.2022)

NOTFALLSITUATION

ERSTBEFUND

☐ n. erhoben

BEWUSSTSEINSLAGE

☐ orientiert/wach

☐ getrübt

☐ bewusstlos

☐ Komapatient

PUPILLENFUNKTION

re

☐ eng

☐ mittel

☐ weit

☐ entrundet

☐ Lichtreaktion

li

☐

☐

☐

☐

☐

SCHMERZ

☐ kein

☐ leicht

☐ mittel

☐ stark

KREISLAUF

☐ Schock

☐ Kreislaufstillstand

☐ Puls regelmäßig

☐ Puls unregelmäßig

EKG

☐ Sinusrhythmus

☐ Rhythmusstörung

☐ Kammerflimmern

☐ Asystolie

☐

ATMUNG

☐ spontan/frei

☐ Atemnot

☐ Hyperventilation

☐ Atemstillstand

MESSWERTE

RR syst

RR diast

Puls

SpO₂

AF

BZ

Temp. °C

ERKRANKUNG

☐ KEINE

☐ Atmung

☐ Kreislauf

☐ Abdomen

☐ Stoffwechsel

☐ Intoxikation

☐ Hypo- / Hyperthermie

☐ Gynäkologie

☐ Geburtshilfe

☐ Pädiatrie

☐ Neurologie

☐ Psychiatrie

☐ sonstige

VERLETZUNG

☐ KEINE

☐ Prellung/Hämatom

☐ Fraktur/V.a.

☐ sonstige

☐ Wunde/Verletzung

☐ Inhalationstrauma

☐ Verbrennung

☐ Elektrounfall

offen

geschlossen

leicht

mittel

schwer

re

li

MASSNAHMEN NotSan/RetAss/RS

☐ KEINE

☐ stabile Seitenlage

☐ Oberkörperhochlage

☐ Flachlagerung

☐ Schocklagerung

☐ Vakuummatratze

☐ HWS-Stützkragen

☐ Medikamente

☐ Extremitätenschiemung

☐ Wundversorgung/Verband

☐ EKG-Monitoring

☐ venöser Zugang

☐ Infusion

☐ Atemwege freimachen

☐ Notkompetenz-Maßnahmen

☐ Sauerstoffgabe

☐ Intubation

☐ Beatmung

☐ Herzdruckmassage

☐ Erstdefibrillation

☐ sonstige

Ltr/Min.

ERSTHELFER-MASSNAHMEN

☐ suffizient

☐ insuffizient

☐ AED

☐ keine

ERGEBNIS / ÜBERGABE

☐ Zustand verbessert

☐ Zustand unverändert

☐ Zustand verschlechtert

☐ Transport nicht erforderlich

☐ Notarzt nachgefordert

☐ Notarzt abbestellt

☐ Patient lehnt Transport ab

☐ Hausarzt / ÄBD informiert

☐ Tod am Notfallort

☐ Tod während Trsp.

☐ ZEK s. Rückseite

Übergabe an:

Wertsachen:

Zeit:

VERLAUFSBESCHREIBUNG

Unterschrift NotSan / RettAss / RS

Transportverweigerungserklärung Refusal of transportation by ambulance car or of medical treatment

des Patienten/der Patientin

Herr/Frau: _____ Geb. am: _____ Geb. in: _____

Hiermit erkläre ich, dass ich heute, am _____ um _____ vom Rettungsdienst / Notarztdienst über meine Erkrankung bzw. Verletzung und deren Konsequenzen aufgeklärt worden bin und

☐ eine Behandlung ☐ die Beförderung in ein Krankenhaus

entgegen der Belehrung ablehne. Für hieraus entstandene Schäden trage ich selbst die Verantwortung. Ich wurde darüber informiert, dass ich im Nachhinein keinerlei Ersatzansprüche wegen dieser nicht ausgeführten Krankentransport / Behandlung und den sich evtl. daraus ergebenden gesundheitlichen Schäden geltend machen kann.

Ohne klinische Abklärung sind folgende Verletzungen bzw. Erkrankungen nicht auszuschließen: _____

Mögliche Folgen der Transportverweigerung sind: _____

o.g. Erklärung habe ich zur Kenntnis genommen und verstanden:

Name Patient/Patientin _____ Unterschrift _____

o.g. Patient/Patientin wurde in meinem Beisein aufgeklärt:

Name Zeuge/Angehöriger _____ Unterschrift _____

Adresse _____

o.g. Patient/Patientin wurde in meinem Beisein aufgeklärt:

Name Zeuge/Rettungsdienst _____ Unterschrift _____

die Aufklärung des o.g. Patienten/Patientin erfolgte durch:

Name Rettungsdienst/Notarztdienst _____ Unterschrift _____

Ort/Place

Datum/Date

Uhrzeit/Time

MATERIALVERBRAUCH

Schlüssel						
Menge						
Schlüssel						
Menge						

Kostenanerkennung

Ich, _____
verpflichte mich, bei Nichtvorlage einer Notwendigkeitsbescheinigung,
diese innerhalb von 14 Tagen nachzureichen, da ansonsten die
Transportkosten zu meinen Lasten gehen.

Datum und Unterschrift

Zwischenfälle / Ereignisse / Komplikationen (ZEK)

ZEK -Art

Atemwege, Gasaustausch

- 01 = Diskonnektion
- 02 = Tubus verlegt / abgeknickt
- 03 = Akzidentelle Extubation
- 04 = Nicht vorhergesehene schwierige Intubation
- 05 = Intubation nicht möglich
- 06 = Fehlintubation
- 07 = Einseitige Intubation
- 09 = Laryngospasmus
- 11 = Aspiration
- 12 = Hypoventilation / Hypoxämie
- 15 = Andere Resp. Störung

Herz- Kreislaufsystem

- 18 = Hypotension
- 19 = Hypertension
- 20 = Arrhythmie
- 21 = Tachykardie
- 22 = Bradykardie
- 23 = Hypovolämie
- 26 = Kreislaufstillstand
- 29 = Venenzugang nicht möglich
- 30 = Andere Störung des HK-Systems

Allgemeine Reaktionen

- 40 = Anaphylaktisch-allergische Reaktion
- 42 = Hypothermie
- 48 = Andere allgemeine Reaktion

Zentrales Nervensystem

- 60 = Krampfanfall
- 61 = Verwirrheitszustand
- 64 = Andere zentrale neurologische Störungen

Medizintechnik

- 67 = Narkosegerät / Beatmungsgerät
- 68 = EKG-Überwachungsgerät
- 69 = Automatische Blutdruckmessung
- 70 = Externer Schrittmacher
- 71 = Defibrillator
- 72 = Pulsoximetrie
- 73 = Intubationsbesteck
- 74 = Medikamentenzufuhr (Infusionssysteme/Pumpen)
- 75 = Andere Störungen Medizintechnik

Läsionen

- 78 = Fehl-/Mehrfachpunktion Gefäße
- 79 = Zähne
- 80 = Gefäße
- 81 = Muskel- und Weichteile
- 82 = Haut
- 83 = Atemwege
- 84 = Augen
- 85 = Epistaxis
- 86 = Pneumo-/Hämatothorax
- 87 = Nerven
- 88 = Verletzung durch HDM
- 89 = Andere Läsionen

Organisation

- 91 = Zwangseinweisung / Zwangsbehandlung
- 92 = Fehlerhafte Einsatzmeldung
- 93 = Nächstgelegenes geeignetes Rettungsmittel nicht verfügbar
- 94 = Nächstgelegenes geeignetes Krankenhaus nicht aufnahmebereit
- 95 = Übergabeproblem in aufnehmender Klinik
- 96 = Zusätzlich erforderliche Rettungsmittel waren nicht zeitgerecht verfügbar
- 97 = Einsatz unter Leitung eines LNA
- 98 = Sonstiges

	1.	2.	3.
Art			
Zeitpunkt			
Relevanz			

ZEK -Zeitpunkt

- 0 = Anfahrt
- 1 = Versorgung
- 2 = Transport
- 3 = Übergabe

ZEK -Relevanz

- 0 = ZEK ohne Auswirkung auf den klinischen Zustand
- 1 = ZEK klinisch bedeutsam, aber ohne Einfluß auf den weiteren Krankheitsverlauf
- 2 = ZEK klinisch bedeutsam, mit Einfluß auf den weiteren Krankheitsverlauf
- 3 = ZEK klinisch bedeutsam mit zusätzlicher Schädigung des Patienten, die Tod oder Dauerschaden zur Folge hat