

TAUCHUNFALL-PROTOKOLL

PERSONALIEN	PATIENT		Datum:		Uhrzeit:		
	Name, Vorname				Geburtsdatum		M W bitte einkreisen
	Straße		Land	PLZ	Wohnort		Telefonnummer
	Angehörige zu verständigen?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Name, Vorname		Telefonnummer
	Taucherausbildung(en):		Anzahl der Tauchgänge:				
	TAUCHPARTNER:			HELFER:			
Name, Vorname			Telefonnummer		Name, Vorname		
Straße		Land	PLZ	Wohnort		Telefonnummer	

UNFALLDATEN	Name des Gewässers		Tauchplatz		Aufgefunden: <input type="checkbox"/> im <input type="checkbox"/> unter Wasser <input type="checkbox"/> am Ufer <input type="checkbox"/> an Land		
	Tauchgangsdaten:				Aufgetretene Probleme:		
	Ende des TG:		Uhr WiederholungstG? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> Gerätedefekt		<input type="checkbox"/> Tiefenrausch
	Gesamtzeit des TG:		Min Deko-TG? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> Druckausgleich		<input type="checkbox"/> Atemprobleme
	Max.Tiefe:		m Computer benutzt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> Trierprobleme		<input type="checkbox"/> Krampfanfall
Grundzeit:		Min Deko-Stufen:		m		Min	
Atemgas:				<input type="checkbox"/> Panik		<input type="checkbox"/> Bewusstlosigkeit	
Ausrüstung:		<input type="checkbox"/> 1x 1. Stufe		<input type="checkbox"/> Regler		<input type="checkbox"/> Oktopus <input type="checkbox"/> Sonstiges:	
<input type="checkbox"/> Neoprenanzug		<input type="checkbox"/> Trockentauchanzug		<input type="checkbox"/> 2 getrennte 1. Stufen		<input type="checkbox"/> 2x Regler	
Unfallhergang:							

NOTFALLANAMNESE	Bewusstsein	Atmung:	Kreislauf:	Schmerzen:	Sonstige Symptome:		
	<input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> gestört <input type="checkbox"/> ohne Bewusstsein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> Hyperventilation <input type="checkbox"/> Husten <input type="checkbox"/> blutiger Auswurf <input type="checkbox"/> Atemnot <input type="checkbox"/> keine Atmung <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> nicht vorhanden <input type="checkbox"/> Puls: RR:	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> leichte <input type="checkbox"/> starke Wo?	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Schwindel <input type="checkbox"/> Hörstörungen <input type="checkbox"/> Sehstörungen <input type="checkbox"/> Sprachstörungen <input type="checkbox"/> Tauheitsgefühl <input type="checkbox"/> Lähmungen	<input type="checkbox"/> Hautjucken <input type="checkbox"/> Hautsymptome <input type="checkbox"/> Erschöpfung <input type="checkbox"/> Übelkeit <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	Beschreibung der Verletzungen, Zustand des Patienten:						

MASSNAHMEN	Alarmierung:	Atmung:	Kreislauf:	Lagerung:	Sonstiges:	
	<input type="checkbox"/> 110 <input type="checkbox"/> 112 <input type="checkbox"/> DAN <input type="checkbox"/> Druckkammer <input type="checkbox"/> : Uhr	<input type="checkbox"/> Keine Maßnahme <input type="checkbox"/> Beatmung <input type="checkbox"/> O2-Beatmung <input type="checkbox"/> O2-Gabe: l/Min für: Min	<input type="checkbox"/> Keine Maßnahme <input type="checkbox"/> Herzdruckmassage <input type="checkbox"/> Defibrillation (AED) <input type="checkbox"/> Blutstillung <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> sitzend <input type="checkbox"/> Rückenlage <input type="checkbox"/> Beine hoch <input type="checkbox"/> Kopf hoch <input type="checkbox"/> stabile Seitenlage <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Wundversorgung: <input type="checkbox"/> Getränke: <input type="checkbox"/> Medikamente:	
	Uhrzeit:		Ereignis:		Wer (Name) und/oder was?	
	: Uhr					
	: Uhr					
	: Uhr					

TRANSPORT	<input type="checkbox"/> Kein Transport <input type="checkbox"/> Transport durch: <input type="checkbox"/> Rettungswagen <input type="checkbox"/> Notarztwagen <input type="checkbox"/> Hubschrauber <input type="checkbox"/> Boot <input type="checkbox"/> Privat-PKW	Transportführer / Notarzt (Name) Fahrzeugkennung <input type="checkbox"/> Patient verweigert weitere Hilfe <input type="checkbox"/> Patient verweigert angeratenen Transport	Dem Patienten (beim Transport) mitgegeben: <input type="checkbox"/> Ausweis(e) <input type="checkbox"/> Logbuch <input type="checkbox"/> Geldtasche <input type="checkbox"/> Computer <input type="checkbox"/> Unfallprotokoll <input type="checkbox"/> (Durchschlag)	Bemerkungen:
	Transport-Ziel	Unterschrift Patient	Name / Unterschrift des Zeugen	