



**NÖ Landesfeuerwehrverband - BFKDO Mistelbach  
NOTFALLPROTOKOLL f. Sanitäter im Feuerwehrdienst**

Einsatzdatum: . . . 200 . . . Patientenname: \_\_\_\_\_

Einsatzort: \_\_\_\_\_ Geb.Dat.: \_\_\_\_\_ Übergabe an: \_\_\_\_\_

Beginn: \_\_\_\_\_ Ende: \_\_\_\_\_ Verletzte gesamt.: \_\_\_\_\_

Sanitäter: \_\_\_\_\_

Kompetenz:  Sanitäter  Notfallsanitäter  NK 1  NK 2  
 Notfalldiagnose: \_\_\_\_\_

**Namen eintragen!**  
 Sanitäter:  
 Notfallsanitäter:  
 Arzt:  
 Notarzt:

**Notfallcheck** Atmung:  ok  nicht Bewußtsein:  ok  nicht Kreislauf:  ok  nicht

<b>Einsatzgrund:</b> <input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Einklemmt <input type="checkbox"/> Übung <input type="checkbox"/> Veranstaltung <input type="checkbox"/> Bewerbe <input type="checkbox"/> Gefahrstoff	<b>Einsatzgebiet:</b> <input type="checkbox"/> PKW <input type="checkbox"/> LKW <input type="checkbox"/> Straße <input type="checkbox"/> Acker/Wald <input type="checkbox"/> Gebäude <input type="checkbox"/> sonstiges	<b>Einklemmung:</b> <input type="checkbox"/> komplett <input type="checkbox"/> Arm <input type="checkbox"/> li <input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> Bein <input type="checkbox"/> li <input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> Oberkörper <input type="checkbox"/> Kopf <input type="checkbox"/> Füße <input type="checkbox"/> li <input type="checkbox"/> re	<b>Rettungsmittels:</b> <input type="checkbox"/> Hydr. Rettungssatz <input type="checkbox"/> Werkzeug <input type="checkbox"/> Seilwinde <input type="checkbox"/> Schaufeltrage <input type="checkbox"/> Hebekissen <input type="checkbox"/> Atemschutz	<b>Bergezeit:</b> von: _____ bis: _____ gesamt: _____ min.
---	---	--	---	---

**Lagerung:**  Flach  OK-hoch  Seite  Sitzend  SHT  Stiffnek  Abbindung: \_\_\_\_\_

<b>Atemweg:</b> <input type="checkbox"/> Spontanatmung <input type="checkbox"/> O <sup>2</sup> Sonde <input type="checkbox"/> Beatmungstuch <input type="checkbox"/> Guedeltubus <input type="checkbox"/> Taschenmaske <input type="checkbox"/> Beutel assistiert <input type="checkbox"/> Beutel kontrolliert	<b>Venflon:</b> Venflons: <input type="checkbox"/> li. <input type="checkbox"/> re. <input type="checkbox"/> Ellenbeuge <input type="checkbox"/> Hand <input type="checkbox"/> Unterarm <input type="checkbox"/> Sonstiges Gesetzt durch: _____	<b>Infusion:</b> <input type="checkbox"/> Ringerlactat <input type="checkbox"/> NaCl <input type="checkbox"/> HÄS/Voluvon <input type="checkbox"/> Hyperhäs <input type="checkbox"/> Hämacel Gegeben: _____	<b>Medikamente:</b> <input type="checkbox"/> Fentanyl <input type="checkbox"/> Ketalar <input type="checkbox"/> Vollnarkose <input type="checkbox"/> Adrenalin <input type="checkbox"/> CPR Med. Gegeben: _____	<b>CPR</b> CPR-Zeit: _____ min. <input type="checkbox"/> Halbautomat DEFI Schockgabe <input type="checkbox"/> j <input type="checkbox"/> n <input type="checkbox"/> Exitus letalis Todeszeit: _____ Arzt: _____
---	---	---	---	---

Zeit: <input type="checkbox"/>	30'	Zeit: <input type="checkbox"/>	30'	Zeit: <input type="checkbox"/>	30'	Zeit: <input type="checkbox"/>	30'	Zeit: <input type="checkbox"/>	30'	Zeit: <input type="checkbox"/>
220										
200										
180										
160										
140										
120										
100										
80										
60										
40										

**Legende:**

- Puls: ●
- Systole: √
- Defi: ⚡
- Rea: \*

Unterschrift Sanitäter: \_\_\_\_\_

**Das Ausgefüllte Protokoll bitte sorgfältig aufbewahren!**