

Anlage 1b

Zur Rahmenvereinbarung Wasserrettung im Land Mecklenburg-Vorpommern vom 01.05.2015

Behandlungsprotokoll Wasserrettung (zum Verbleib beim Leistungserbringer)

Einsatzprotokoll Wasserrettungsdienst Mecklenburg-Vorpommern

Krankenkasse	
Name, Vorname	Geburtsdatum
Kassennummer	Versicherungsnummer
Einsatz-Nr. Leitstelle: _____ Einsatz-Nr. WRD: _____ Einsatzdatum: _____ Beginn: _____ Ende: _____ Einsatzort: _____ Wachleiter: _____ Helfer 1: _____ Helfer 2: _____	

Notfallgeschehen

Verletzungen

Schädel - Hirn / Gesicht
 Wirbelsäule
 Brustkorb
 Bauch
 Becken
 Extremitäten

Messwerte

Blutdruck _____ / _____ mmHg
 SpO₂ _____ %
 Puls _____ / min
 Atemfrequenz _____ / min
 Blutzucker _____ mg/dl
 Temperatur _____ °C

Beauftragung durch Leitstelle **Alarmierung durch:**

Notarzteinsatz **Badegäste** **Polizei / Wasserschutzpolizei**

Abtransport durch RD **eigene Beobachtung** **Wach- / Einsatzleiter WRD**

Eingesetzte Kräfte

Wachleiter Rettungsschwimmer Bootsführer **RetAss / NS** Gesamtzahl Einsatzkräfte _____

Eingesetzte Rettungsmittel

Boot Quaid KFZ Jetski sonstige _____

weitere Einsatzkräfte

Feuerwehr Rettungsdienst Luftrettung benachbarter WRD

Wasserschutzpolizei / Polizei DGzRS Taucher sonstige _____

Einsatzort

Badeunfall Internistischer Notfall Chirurgischer Notfall Neurologischer Notfall

First Responder-Einsatz Sonstiges: _____

Erkrankungen

Atmung Asthma Herzinfarkt Blutzuckerungleichung Vergiftung

Aspiration Rhythmusstörung Ertrinken / Beinahe-Ertrinken Krampfanfall

Hyperventilation hypertonische Krise Allergische Reaktion akuter Bauch

sonstige Erkrankung Schock Unterkühlung

Bewusstseins

orientiert spontan / frei Puls regelmäßig leicht

gefühlt Atemnot Puls unregelmäßig mittel

bewusstlos Atemstillstand Kreislaufstillstand stark

Maßnahmen

Herz / Kreislauf i.V.-Zugang Sauerstoffgabe Lagerung Sonstiges

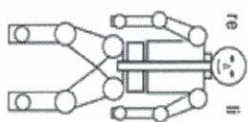
Medikamente Medikamente Schocklage Wundversorgung

Reanimation Absaugung stabile Seitenlage Ruhigstellung

AED Intubation Flachlagerung HWS-Kragen

Defibrillation Beatmung Vakuummatratze Kühlung

Wärmeerhaltung



Ergebnis

Zustand verbessert RTW Erthelfer / Zeuge (Name, Anschrift) _____

Zustand gleich NEF _____

Zustand verschlechtert KTW _____

Tod am Notfallort RTH _____

Unterschrift Wachleiter _____ Unterschrift Helfer 1 _____ Unterschrift Helfer 2 _____