

# EINSATZDOKUMENTATION RETTUNGSDIENST



Einsatzort  
.....

Datum  
.....

Uhrzeit  
.....

Einsatznummer  
.....

Einsatzpartner  
.....

Patientenname  
.....

Notarzt  JA  NEIN

Einsatzdauer  
.....

Name Notarzt  
.....

## VERLETZUNGEN (bitte ankreuzen)



Einsatzbedingte Verletzungen  JA  NEIN      Tätlicher Angriff  JA  NEIN

Wachleiter/Polizei informiert  JA  NEIN      Unfallanzeige geschrieben  JA  NEIN

## EINSATZUMGEBUNGEN (bitte ankreuzen)



Wohnung



Fahrzeug



Im Freien

Sonstige Einsatzstelle

## PATIENT/IN

Infektiöser Patient  JA  NEIN

Infektionart  
.....

Infektionsort  
.....

# EINSATZDOKUMENTATION RETTUNGSDIENST

zur Verfügung  
gestellt von  
der DFeuG



## Besondere Schutzausrüstung

Kontamination  JA  NEIN

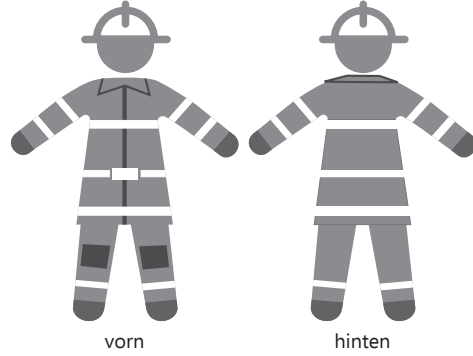
Kontamination  Haut  Inhalativ  PSA

Infektionsnachweis geführt  JA  NEIN

Desinfektion durchgeführt  JA  NEIN

Prophylaxe durchgeführt  JA  NEIN

Kontaminationsort  
(bitte einzeichnen)



## EINSATZVERLAUF

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

## BESONDERE VORKOMMNISSSE

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Unterschrift Notarzt / Wachleiter / Teampartner