



EINSATZPROTOKOLL

FEUERWEHRMEDIZINISCHER DIENST

INDUSTRIEVIERTEL

FMD TEAM

Dienstgrad / Vorname / Nachname	Standesbuchnr.	Datum / Feuerwehrnummer
Dienstgrad / Vorname / Nachname	Standesbuchnr.	Datum / Feuerwehrnummer

PATIENT

Dienstgrad / Vorname / Nachname	M W	Vers.-Nr.	Geburtsdatum
Adresse / Feuerwehr			
zu verständigen			

EINSATZDATEN/ANWESENDE KRÄFTE

Einsatzort, falls von Patientenadresse abweichend	
☐ Rettungsdienst: _____	Übergabezeit: _____
☐ Arzt/Notarzt: _____	Übergabezeit: _____
☐ Feuerwehr	☐ Einsatzmittel durch FMD storniert (mit Begründung): _____
☐ Exekutive	☐ Einsatzmittel durch FMD nachgefordert (mit Begründung): _____

CHECKLISTE FÜR PATIENTENBEURTEILUNG (ABCDE-SCHEMA)

A	Atemwege überprüfen	D	Pulskontrolle Blutzuckermessung MDS-Kontrolle	Traumatologischer Notfallcheck Kopf, Gesicht Hals Thorax Rücken Abdomen Becken Obere Extremitäten Untere Extremitäten
B	Atemfrequenz Atemtiefe Atemgeräusche Brustkorbbewegungen SpO2	E	S Symptome, Schmerzen A Allergien M Medikamente P Patientengeschichte L Letzte Mahlzeit E Ereignisse vor dem Geschehen R Risikofaktoren	
C	Herzfrequenz Herhythmus Hautbeschaffenheit Blutdruck			

VERSORGUNGSPROTOKOLL

PATIENTEN-/LAGEBEURTEILUNG

VORGEFUNDENE LAGE

- ☐ gehend/stehend
- ☐ sitzend
- ☐ liegend
- ☐ _____

NOTFALLGESCHEHEN

BEWUSSTSEIN

- ☐ orientiert
- ☐ getrübt/desorientiert
- ☐ Erregungszustand
- ☐ ohne Bewusstsein
- ☐ sichere Todeszeichen

CIRCULATION/KREISLAUF

- ☐ starke Blutung
- ☐ Arrhythmie
- ☐ (drohender) Schockzust.
- ☐ Atem-Kreislaufstillstand
- ☐ Verbr./Erfrierung/Verätz.

HF

RR

AIRWAY/ATEMWEG, BREATHING/ATMUNG

- ☐ unauffällig
- ☐ Atembeschw./Zyanose
- ☐ Atemwegsverlegung
- ☐ Abnorme Atemgeräusche
- ☐ Asym. Brustkorbbewegung
- ☐ keine (normale) Atmung
- ☐ Hyperventilation

AF

SpO2

DISABILITY/NEUROLOGIE

- ☐ Krampfgeschehen
- ☐ Sprachstörung
- ☐ Pupillenreaktion:
- ☐ Schmerz:

BZ

°C

EXPOSURE/ERWEITERTE UNTERSUCHUNG

Allergien/Medikamente

Patientengeschichte/Letzte KH-Aufenthalte/Ereignisse vor dem Geschehen

☐ Patient NICHT kritisch

☐ Patient KRITISCH – NOTARZT

Verdachtsdiagnose:

MASSNAHMEN

LAGERUNG



Sonstiges/Anmerkungen:

MASSNAHMEN ATMUNG

- ☐ Atemwege freimachen/-halten
- ☐ Absaugung
- ☐ Esmarchhandgriff
- ☐ Verwendung Guedeltubus
- ☐ Beatmung (Maske-Beutel)
- ☐ Beatmung (Mund-Mund/Nase)
- ☐ Heimlichmanöver – Anzahl: _____
- ☐ O2-Gabe – L/min: _____

MASSNAHMEN KREISLAUF

- ☐ Monitoring/Überwachung
- ☐ Infusion aufrecht halten/beenden
- ☐ Wundversorgung
- ☐ Blutstillung
- ☐ Abbindung – Abbindezeit: _____
- ☐ Herdruckmassage
- ☐ Defibrillation – Schockanzahl: _____

RETTUNG + IMMOBILISATION

- ☐ Rautekgriff
- ☐ Helmabnahme
- ☐ Rettungstuch
- ☐ Schaufeltrage
- ☐ Spineboard
- ☐ HWS-Schienung
- ☐ Extremitätenschienung
- ☐ Vakuummatratze

NOTFALLKOMPETENZ (NKA/NKV)

- ☐ durch Arzt angeordnet
- ☐ kein Arzt anwesend

Name/Dienstnr.

Anzahl i.v. Katheter

Punktionsversuche

Medikamentenapplikation (Art, Dosierung)

SONSTIGE NOTIZEN