



# Basis

Telefon ZNA: 0765-123456789  
0765-123456788

GKV  BG  UTV  P  ♀  ♂

Name: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_  
Ort: \_\_\_\_\_  
Tel: \_\_\_\_\_ Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_  
Aufnahmedatum: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Aufnahmezeit: \_\_\_\_\_ Uhr

**Allergien:**  KM  Penicillin  Andere  
 J  N

**Leitsymptom:** \_\_\_\_\_

**Notfallanamnese / relevante Eigenmedikation** verantwortw. Arzt: \_\_\_\_\_  
Erster Arztkontakt: \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_ h  
Uhr

**Befunde / Verlauf / durchgeführte Therapie**  
Initiierung Therapie: \_\_\_\_\_ Uhr

\_\_\_\_\_

**Abschlussdiagnosen:** ICD 10 \_\_\_\_\_

**Weiteres Procedere / Therapieempfehlung / Weiterbehandler:**

\_\_\_\_\_

**Schwanger:**  
 ja  
 nein  
 unbekannt

**Tetanusschutz:**  
 ja  
 nein  
 unbekannt

**Rankin-Skala:**  
0 1 2 3 4 5

**Isolation?:**  
 ja  nein  
Grund: \_\_\_\_\_

AF **A** \_\_\_\_\_ /min  
O<sub>2</sub> sat **B** \_\_\_\_\_ %  
RR<sub>sys</sub> **C** \_\_\_\_\_ mmHg  
HF \_\_\_\_\_ /min

| Augenöffnung  | Verbale Antwort   | Motorische Antwort   |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> 4 spontan<br><input type="checkbox"/> 3 Aufforderung<br><input type="checkbox"/> 2 Schmerzreiz<br><input type="checkbox"/> 1 Keine | <input type="checkbox"/> 5 orientiert<br><input type="checkbox"/> 4 verwirrt<br><input type="checkbox"/> 3 inadäquat<br><input type="checkbox"/> 2 unverständlich<br><input type="checkbox"/> 1 keine | <input type="checkbox"/> 6 Aufforderung gezielt<br><input type="checkbox"/> 4 ungezielt<br><input type="checkbox"/> 3 Beugekrämpfe<br><input type="checkbox"/> 2 Streckkrämpfe<br><input type="checkbox"/> 1 keine |
| Summe: _____ + _____ + _____ = GCS _____  |   |  |

**Pupillenweite:**  
 weit  mittel  eng

**Lichtreaktion:**  
 prompt  träge  keine

KKT: **E** \_\_\_\_\_ °C  
Schmerz: \_\_\_\_\_

**Diagnostik:**  
 Labor  opB  
 BGA  opB  
 U-Stix  opB  
 EKG  opB  
 Röntgen  opB  
 Sono  opB  
 CT  opB  
 MRT  opB  
 Echo  opB  
 Konsil

**Zusatzmodule:**  
 Überwachung  
 Trauma  
 ACS  
 Neurologie  
 IAS  
 Konsil  
 Anästhesie  
 RD-Protokoll  
 Chargendoku

**Zuweisung:**  
 Selbst  
 Hausarzt  
 Klinik  
 RD  
 Notarzt  
 RTH  
 Hausnotfall

**MTS:**  
 0  
 10  
 30  
 90  
 120

Pat. entlassen:  
 nach Hause  
 WB Arzt \_\_\_\_\_  
 Stationäre Aufnahme \_\_\_\_\_

**Unterschrift Arzt:** \_\_\_\_\_