

Name, Vorname:

geb.:

Unfalltag:

Aktenzeichen:

Anlage zum Bericht Nr.: _____

Ergänzungsbericht - Stromunfall -

Eingetroffen mit	<input type="checkbox"/> Krankenwagen am	<input type="checkbox"/> Pkw um	<input type="checkbox"/> zu Fuß Uhr
1.1 Wie war der Zustand?	<input type="checkbox"/> Benommenheit <input type="checkbox"/> Atemstillstand	<input type="checkbox"/> Bewusstlosigkeit <input type="checkbox"/> Kreislaufstillstand	
1.2 Wie lange bestand dieser Zustand?			
1.3 Ist dieser Zustand wiederholt eingetreten?			
1.4 Wer hat diesen Zustand festgestellt?			
2.1 Wurden Wiederbelebensmaßnahmen durchgeführt? Wenn ja, ohne Gerät: Welche andere Methode? mit Gerät: Welche anderen Geräte?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Mund-Mund/Nase-Beatmung <input type="checkbox"/> innere Herzmassage	<input type="checkbox"/> äußere Herzmassage <input type="checkbox"/> Silvester-Brosch	<input type="checkbox"/> Howard-Thomsen <input type="checkbox"/> Beatmungsgerät <input type="checkbox"/> elektrischer Schrittmacher <input type="checkbox"/> Defibrillator
2.2 Welche Zeit lag zwischen Unfall und Beginn der Wiederbelebensmaßnahmen?		Min.	
2.3 Wie lange wurden die Wiederbelebensmaßnahmen durchgeführt?		Min./Std.	
2.4 Wer hat die Wiederbelebensmaßnahmen durchgeführt?			
3.1 Wurden medikamentöse Sofortmaßnahmen ergriffen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche (Dosis, Applikationsart):		
3.2 Wurde eine weitere Behandlung vorgenommen?	<input type="checkbox"/> Bluttransfusion	<input type="checkbox"/> Plasmatransfusion	<input type="checkbox"/> Blutersatzmittel
4.1 Bestand ein Schock?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
4.2 Wann hat der Schock eingesetzt?			
4.3 Wie lange hat er gedauert?	(Ende des Schocks RR konstant über 80/)
4.4 Wie wurde behandelt?			

