

Name, Vorname:

geb.:

Unfalltag:

Anlage zum D-Bericht Nr.:

## Ergänzungsbericht - Kopfverletzungen -

Befunde								
		Am Unfallort		Bei Aufnahme		Im Verlauf max. 24 Std.		
Jahr:		Datum:						
		Zeit:						
		Erhoben von (z. B. Notarzt):						
<b>1 Bewusstsein: (Glasgow-Coma-Scale)</b>								
Augenöffnung	4 Spontan							
	3 Auf Ansprechen							
	2 Auf Schmerzreiz							
	1 Gar nicht							
Beste motorische Antwort	6 Befolgt Aufforderungen							
	5 Gezielte Schmerzabwehr							
	4 Normale Beugung							
	3 Abnormale Flexion							
	2 Strecken re./li./beidseits							
	1 Keine							
Beste verbale Antwort	5 Orientiert							
	4 Verwirrt							
	3 Wortsalat							
	2 Unverständliche Laute							
	1 Keine							
Summenpunktwert		Glasgow-Coma-Scale (GCS 3 - 15) <small>(Bei Kindern: Zahlen von Kinder-Coma-Scale verwenden)</small>						
<b>2 Pupillen:</b>								
Weite: (Zutreffende Zahl notieren)				Rechts	Links	Rechts	Links	
1 Normal – mittel		3 Weit, rund						
2 Eng		4 Weit, entrundet						
Reaktion: (Zutreffende Zahl notieren)				Rechts	Links	Rechts	Links	
1 Normal – rasch		3 Gar nicht						
2 Träge								
<b>3 Blutdruck:</b>								
<b>4 Puls:</b>								
<b>5 Atmung:</b> (Zutreffende Zahl notieren)								
1 Spontan		2 Intubiert						
<b>6 Körpertemperatur:</b>								
<b>7 Sonstiges:</b> (Alle zutreffenden Zahlen notieren)								
1 Nein		5 Krampfanfall						
2 Nackensteife		6 Zusatzverletzung						
3 Erbrechen		<small>(Näheres unter Punkt 9 vermerken)</small>						
4 Aspiration								
<b>8 Bes. Maßnahmen und Diagnostik:</b> <small>(z. B. EEG, Röntgen, CT, OP) (Ergebnisse unter 9 vermerken, sofern nicht im D-Bericht beschrieben)</small>								
<b>9 Ergänzungen:</b>								

<p><b>10 Wichtige zusätzliche Angaben bei Aufnahme:</b> (Bitte ankreuzen bzw. ausfüllen):</p> <p>10.1 Erinnerungslücke durch Trauma</p> <p>10.2 Liquoraustritt</p> <p>10.3 Blutung im Bereich des Schädels</p> <p>10.4 Beschwerden (z. B. Übelkeit, Erbrechen, Schwindel, Kopfschmerzen, Gefühlsstörungen, Lähmungserscheinungen u. a.):</p>	<p><input type="checkbox"/> Nein      <input type="checkbox"/> Ja (nähere Angaben)      <input type="checkbox"/> Nicht bekannt</p> <p><input type="checkbox"/> Nein      <input type="checkbox"/> Ja, wo?</p> <p><input type="checkbox"/> Nein      <input type="checkbox"/> Ja, wo?</p>
<p><b>11 Diagnose(n):</b> (SHT-Grad mit angeben)</p>	
<p><b>12 Behandlung(en):</b></p>	

Glasgow Coma Scale ( <b>Kinder</b> )			
I a. Verbale Antwort 1. - 24. Lebensmonat		I b. Verbale Antwort > 24. Monat	
Fixiert, verfolgt, erkennt, lacht	5	Spricht verständlich, ist orientiert	5
Fixiert und verfolgt inkonstant, erkennt nicht sicher, lacht nicht situationsbedingt	4	Ist verwirrt, spricht unzusammenhängend, ist desorientiert	4
Nur zeitweise erweckbar, trinkt und isst nicht, Bedrohreflex (ab 4/12) nicht sicher auslösbar	3	Antwort inadäquat, Wortsalat	3
Ist motorisch unruhig, jedoch nicht erweckbar	2	Unverständliche Laute	2
Ist komatös, kein Kontakt zur Umwelt, keine visuell, akustisch oder sensorisch Ausgelöste motorische Reizbeantwortung	1	Keine verbalen Äußerungen	1
II. Motorische Antwort		III. Augenöffnen	
Greift gezielt auf Aufforderung, befolgt andere motorische Aufforderungen prompt	6	Spontanes Augenöffnen	4
Gezielte Abwehr eines Schmerzreizes möglich	5	Augenöffnen auf Ansprechen	3
Ungezielte Beugebewegungen auf Schmerzreize	4	Augenöffnen auf Schmerzreiz	2
Ungezielte Beugebewegungen auf Schmerzreize an den Armen, Strecktendenz an den Beinen	3	Kein Augenöffnen	1
Extension aller vier Extremitäten auf Schmerzreize	2		
Keine motorische Antwort auf Schmerzreize	1		
		Summe aus I a/ I b + II + III =	

**Datenschutz:**

Ich habe die Hinweise nach § 201 SGB VII gegeben.

Datum                      Name und Anschrift der Durchgangsarztin/des Durchgangsarztes

Sie erhalten eine Gebühr nach Nr. 136 UV-GOÄ