



**Verlegungsbogen**

**Patient /Patientenaufkleber**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Unfalltag: \_\_\_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_\_

Unfalluhrzeit: \_\_\_\_:\_\_\_\_ Uhr

**Präklinische Daten** (falls, Notarztprotokoll nicht anbei bitte Ausfüllen)

Atemfrequenz \_\_\_\_\_ /min RR syst. \_\_\_\_\_ mmHg

Sauerstoffsättigung \_\_\_\_\_ % Herzfrequenz \_\_\_\_\_ /min

GCS gesamt \_\_\_\_\_ Isokorie:  Ja  Nein

Lichtreaktion:  Normal  Pathologisch

Volumentherapie Kristalloid \_\_\_\_\_ ml Kolloidal \_\_\_\_\_ ml

**Schockraumphase erstaufnehmende Klinik**

Aufnahmedatum und Uhrzeit \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ Uhr

**BEFUNDE**

Atemfrequenz \_\_\_\_\_ /min RR syst. \_\_\_\_\_ mmHg

Sauerstoffsättigung \_\_\_\_\_ % Herzfrequenz \_\_\_\_\_ /min

GCS gesamt \_\_\_\_\_ Isokorie:  Ja  Nein Lichtreaktion:  Normal  Pathologisch

**DIAGNOSTIK**

eFAST Zeit: \_\_\_\_\_.\_\_\_\_ Uhr Befund: \_\_\_\_\_

Ganzkörper-CT Zeit: \_\_\_\_\_.\_\_\_\_ Uhr Befund: siehe Rückseite

Röntgen Zeit: \_\_\_\_\_.\_\_\_\_ Uhr Lokalisation/Befund: siehe Rückseite

Andere Bildgebung Zeit: \_\_\_\_\_.\_\_\_\_ Uhr Befund: \_\_\_\_\_

**THERAPIE**

Volumentherapie Kristalloid \_\_\_\_\_ ml Kolloidal \_\_\_\_\_ ml

Hämostasetherapie EKs \_\_\_\_\_ TKs \_\_\_\_\_ FFPs \_\_\_\_\_ Zeitpunkt Erstgabe: \_\_\_\_\_

Med. Gerinnungstherapie \_\_\_\_\_ Zeitpunkt Erstgabe: \_\_\_\_\_

Beckengurt  Ja  Nein Intubation  Ja  Nein

Thoraxdrainage  Ja  Nein Katecholamine  Ja  Nein

Notfalleingriff  Ja  Nein, wenn Ja, welcher: \_\_\_\_\_

**Check - Befunde anbei**

**Bitte mitgeben:** Notarztprotokoll, Laborwerte, 1. BGA

**Weiterversorgung**

Verlegungsdatum und Uhrzeit \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ Uhr

Ansprechpartner / Telefon bei Rückfragen \_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

KURZANAMNESE / UNFALLHERGANG

---

---

---

---

DIAGNOSTIK

**CCT** Verletzungen:  Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

---

---

**CT Mittelgesicht** Verletzungen:  Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

---

---

**CT Thorax** Verletzungen:  Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

---

---

**CT Abdomen** Verletzungen:  Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

---

---

**CT Wirbelsäule** Verletzungen:  Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

---

---

**CT Becken** Verletzungen:  Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

---

---

**CT / Röntgen der Extremitäten** Verletzungen:  Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

---

---

BESONDERHEITEN / ERGÄNZUNGEN

---

---

---

**Verletzungsmuster bitte hier markieren**

