

DOKU



TSS	<input type="checkbox"/> durchsucht / entwaffnet	<input type="checkbox"/> Opfer	<input type="checkbox"/> Täter	<input type="checkbox"/> unklar
------------	--	--------------------------------	--------------------------------	---------------------------------

BEHANDLUNGEN	X	<input type="checkbox"/> TQ Zeit :	<input type="checkbox"/> Wundtamponade	<input type="checkbox"/> Druckverband	
	A	<input type="checkbox"/> Seitenlage	<input type="checkbox"/> Wendl-Tubus	<input type="checkbox"/> Notkoniotomie	
	B	<input type="checkbox"/> Chest Seal	Zeit :	<input type="checkbox"/> li <input type="checkbox"/> re	<input type="checkbox"/> Bü <input type="checkbox"/> Mo
			<input type="checkbox"/> Entlastung	Zeit :	<input type="checkbox"/> li <input type="checkbox"/> re
			Zeit :	<input type="checkbox"/> li <input type="checkbox"/> re	<input type="checkbox"/> Bü <input type="checkbox"/> Mo
	C	<input type="checkbox"/> Druckverband	<input type="checkbox"/> Beckengurt	<input type="checkbox"/> TXA siehe Medikation	
	D	<input type="checkbox"/> Immobilisation			
E	<input type="checkbox"/> Weiteres:				

VITALWERTE	Zeit	Bewusstsein				AF	SpO ₂	HF	BD	Rekap
	:	W	A	S	B					
	:	W	A	S	B					
	:	W	A	S	B					
	:	W	A	S	B					

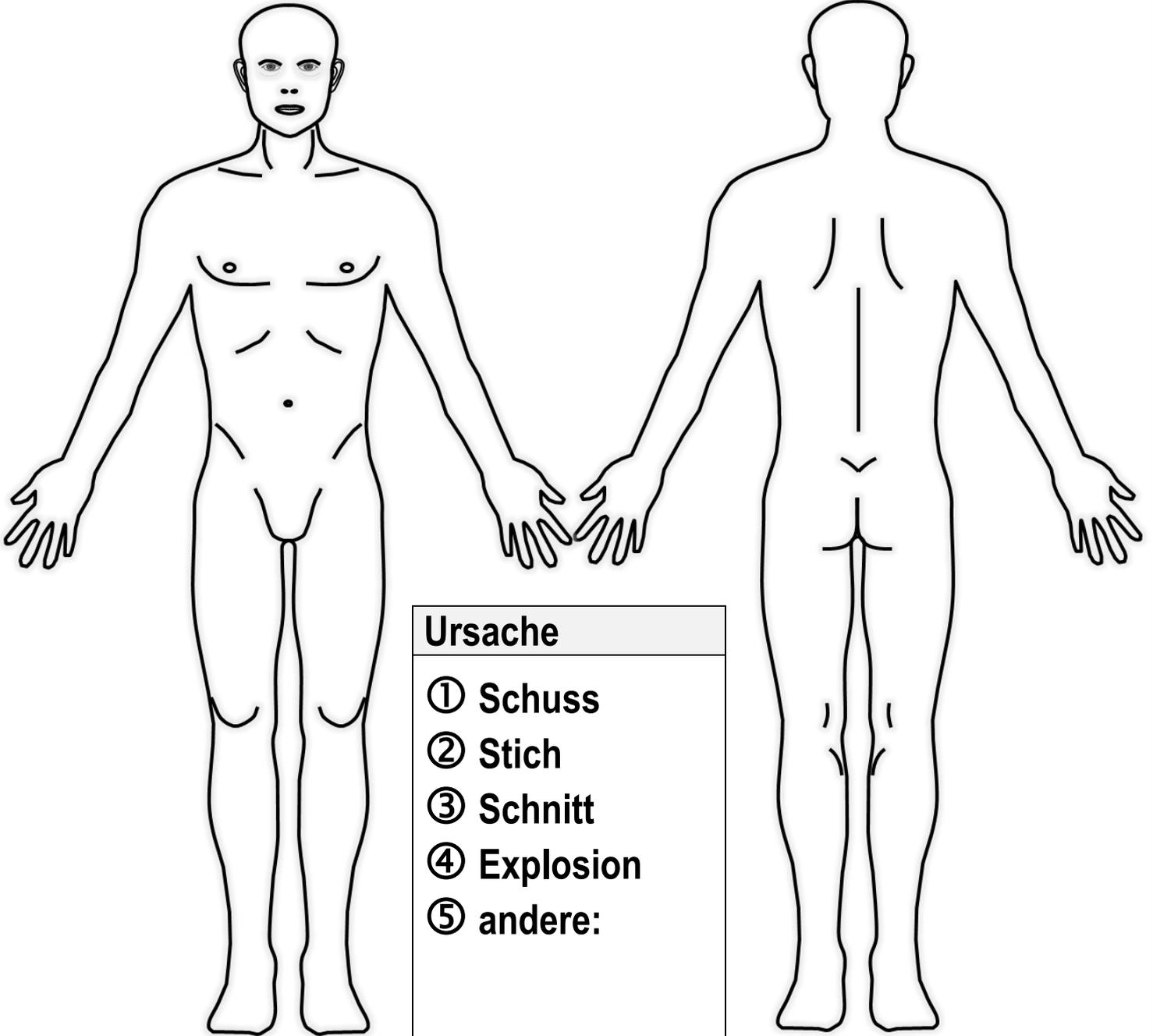
MEDIKATION	Zeit	Medikament	Dosis	Applikation
	:			
	:			
	:			
	:			

DOKU



Level
B

Name Verletzter		Geburtsdatum	
------------------------	--	---------------------	--



Ursache
① Schuss
② Stich
③ Schnitt
④ Explosion
⑤ andere:

Bemerkungen	Name Medic
--------------------	-------------------

Verlauf / med. Vorgeschichte / persönliche Medikamente / Personalien / Kontaktperson	Tel-Nr.