

Notfallmeldung von gehörgeschädigter Person an Rettungsleitstelle

faxen: Telefax Nr.:

Notfallpatient:

Straße: _____ Hs.Nr.: _____ / Stockwerk: _____

PLZ/Ort: _____, Tel./Fax Nr.: _____

Name: _____ Vorname: _____ Alter: _____

Tel./Bezugsperson: _____ Anschrift: _____

Zustand des Patienten:

Bewußtlos	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Schmerzen	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark
	<input type="checkbox"/> plötzlich aufgetreten	<input type="checkbox"/> langsam gekommen	<input type="checkbox"/> ich bin schon beim Arzt in Behandlung
wo?	<input type="checkbox"/> Kopf	<input type="checkbox"/> Hals	<input type="checkbox"/> Herz / Lunge
	<input type="checkbox"/> Brust	<input type="checkbox"/> Bauch	<input type="checkbox"/> Rücken
	<input type="checkbox"/> Arm	<input type="checkbox"/> Hand / Finger	<input type="checkbox"/> Geschlechtsteil
	<input type="checkbox"/> Bein	<input type="checkbox"/> Fuß/Zehe	<input type="checkbox"/> _____
Atemnot	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> leichte	<input type="checkbox"/> starke
Wo ist die Verletzung?	<input type="checkbox"/> Kopf	<input type="checkbox"/> Hals	<input type="checkbox"/> _____
	<input type="checkbox"/> Brust	<input type="checkbox"/> Bauch	<input type="checkbox"/> Rücken
	<input type="checkbox"/> Arm	<input type="checkbox"/> Hand / Finger	<input type="checkbox"/> Geschlechtsteil
	<input type="checkbox"/> Bein	<input type="checkbox"/> Fuß/Zehe	<input type="checkbox"/> _____
Was ist passiert?	<input type="checkbox"/> geschnitten	<input type="checkbox"/> verbrannt/verbrüht	<input type="checkbox"/> gebrochen
	<input type="checkbox"/> gestürzt	<input type="checkbox"/> verstaucht	<input type="checkbox"/> _____
	<input type="checkbox"/> blutet leicht	<input type="checkbox"/> blutet stark	
Wie schwer ist die Verletzung?	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> schwer
Bei einer Erkrankung - Fieber?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	_____ ° C Temp.

Sonstige Gesundheitsprobleme oder bestehende Erkrankung:

Absender: _____

Rettungsleitstelle Telefax Nr.: _____