



Frau Mann

Pfarrstr. 112 10317 Berlin Tel. 030/2199 5480 Fax: 030/2199 5478
 info@herzinfarktregister.de www.herzinfarktregister.de

QS-Notfall: Prästationäre Erstversorgung und Erstaufnahme in der Klinik 2016

1. Selbsteinweiser ja nein (wenn ja, dann weiter mit 5.)

2. Hausarzt/KV-Arzt ja nein Einweisungsschein oder Bericht in der Akte ja nein
 ggf. Datum/Uhrzeit des Arztbesuches ___/___/___ :___/___/___ nb

Symptome	Diagnose	EKG
<input type="checkbox"/> Brustschmerz <input type="checkbox"/> Luftnot <input type="checkbox"/> anderes: _____	<input type="checkbox"/> keine Diagnose <input type="checkbox"/> MI/ACS <input type="checkbox"/> V.a/DD <input type="checkbox"/> STEMI <input type="checkbox"/> V.a/DD <input type="checkbox"/> NSTEMI <input type="checkbox"/> V.a/DD <input type="checkbox"/> VWI <input type="checkbox"/> V.a/DD <input type="checkbox"/> HWI <input type="checkbox"/> V.a/DD <input type="checkbox"/> AP <input type="checkbox"/> V.a/DD <input type="checkbox"/> HRS <input type="checkbox"/> V.a/DD <input type="checkbox"/> kard. Schock <input type="checkbox"/> V.a/DD <input type="checkbox"/> Andere: _____	EKG geschrieben <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nb EKG in der Akte <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein EKG Uhrzeit ___/___ <input type="checkbox"/> unplausibel <input type="checkbox"/> nb EKG-Befund <input type="checkbox"/> kein Befund dokumentiert <input type="checkbox"/> Infarkt-EKG <input type="checkbox"/> ST-Hebung <input type="checkbox"/> keine ST-Hebung <input type="checkbox"/> ST-Senkung <input type="checkbox"/> Anderer Befund: _____

Bemerkung: _____

3. Rettungsdienst ja nein Primäreinsatz Verlegungseinsatz
 (erfolgte ein Verlegungseinsatz in Ihre Klinik, prüfen Sie bitte, ob eventuell ein Primäreinsatz des Rettungsdienstes in der erstaufnehmenden Klinik vorlag, und füllen Sie bitte ggf. bei Vorliegen des Protokolls des Primäreinsatzes einen 2. Erhebungsbogen mit der gleichen Ifd. Pat.- Nr. und Ihrem Klinikcode aus)

Einsatzstichworte _____

Einsatzort Wohnung Strasse Arztpraxis Pflegeheim anderer: _____ nb

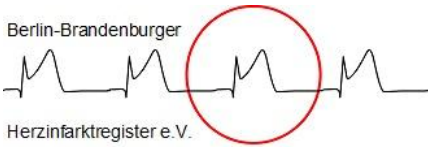
Symptome Brustschmerz Luftnot andere: _____ **Symptombeginn** _____:_____

Zielklinik bei diesem Einsatz _____

<input type="checkbox"/> RTW <input type="checkbox"/> anderes Transportmittel _____ Protokoll in Akte <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Qualifikation <input type="checkbox"/> Rettungsassistent <input type="checkbox"/> Notfallsanitäter Einsatzdatum ___/___/___ <input type="checkbox"/> nb Alarm (Uhrzeit) _____:_____ <input type="checkbox"/> nb Eintreffzeit (vor Ort) (Uhrzeit) _____:_____ <input type="checkbox"/> nb Transportbeginn (Uhrzeit) _____:_____ <input type="checkbox"/> nb	Notarztbeteiligung <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja: NEF-Protokoll in Akte <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Paralleleinsatz <input type="checkbox"/> Notarzt nachgefordert <input type="checkbox"/> Transport mit Notarzt <input type="checkbox"/> Transport ohne Notarzt Alarm Notarzt (Uhrzeit) _____:_____ <input type="checkbox"/> nb Eintreffzeit Notarzt (vor Ort) (Uhrzeit) _____:_____ <input type="checkbox"/> nb
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Diagnose, Befund und Medikation durch Notarzt (bzw. perspektivisch durch Notfallsanitäter, falls kein Notarzt da war)

Diagnose	EKG Befund	EKG geschrieben <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nb
<input type="checkbox"/> keine Diagnose <input type="checkbox"/> MI/ACS <input type="checkbox"/> V.a/DD <input type="checkbox"/> STEMI <input type="checkbox"/> V.a/DD <input type="checkbox"/> NSTEMI <input type="checkbox"/> V.a/DD <input type="checkbox"/> VWI <input type="checkbox"/> V.a/DD <input type="checkbox"/> HWI <input type="checkbox"/> V.a/DD <input type="checkbox"/> AP <input type="checkbox"/> V.a/DD <input type="checkbox"/> HRS <input type="checkbox"/> V.a/DD <input type="checkbox"/> kard. Schock <input type="checkbox"/> V.a/DD <input type="checkbox"/> Andere: _____	<input type="checkbox"/> kein Befund dok. <input type="checkbox"/> ST-Hebung <input type="checkbox"/> Infarkt-EKG <input type="checkbox"/> keine ST-Hebung <input type="checkbox"/> ST-Senkung <input type="checkbox"/> anderer Befund: _____ Puls _____ RR _____/_____ (bei Eintreffen Rettungsdienst) Puls _____ RR _____/_____ (bei Übergabe in Zielklinik)	EKG in der Akte <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein EKG telem. übertragen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nb EKG Uhrzeit ___/___ <input type="checkbox"/> unplausibel <input type="checkbox"/> nb EKG Uhrzeit-Korrektur ___/___ Medikation <input type="checkbox"/> Morphin <input type="checkbox"/> ASS <input type="checkbox"/> andere Thrombozytenaggr.-Hemmer <input type="checkbox"/> Nitro <input type="checkbox"/> Thrombolyse <input type="checkbox"/> Heparin <input type="checkbox"/> keine



Klinik-Code

Ifd. Pat.-Nr.

Datum Klinikaufn.

Geb.jahr

Geschlecht

EKG Nr.

Leitstellennr. +
Einsatznummer

 Frau
 Mann

Pfarrstr. 112
10317 Berlin

Tel. 030/2199 5480
Fax: 030/2199 5478

info@herzinfarktregister.de
www.herzinfarktregister.de

QS-Notfall: Prästationäre Erstversorgung und Erstaufnahme in der Klinik 2016

4. Prästationäre Ereignisse, die Diagnosestellung und Versorgung verzögern

- Ereignisse, die Reanimation erfordern: _____
- Beschwerden ohne erkennbaren kardialen Bezug _____
- Andere Ereignisse bzw. weitere Erläuterung: _____

Falls Reanimation erforderlich:

Reanimation durch Rettungsdienst

- primär sofort beim Eintreffen des Rettungsdienstes
- sekundär im Verlauf des Rettungsdiensteinsatzes

Wurde vor dem Eintreffen des Rettungsdienstes eine Laienreanimation durchgeführt?

- nein
- ja, ohne Hilfe der Telefonreanimation durch Leitstelle
- ja, mit Hilfe der Telefonreanimation durch Leitstelle

Welche Reanimationshilfen / weitere Angaben: _____

- Übergabe an Zielklinik unter Reanimation
 mit ROSC (Rückkehr zum Spontankreislauf)

5. Erstaufnehmender Klinikbereich

- Rettungsstelle Intensivstation Katheterlabor

Rettungsstellenprotokoll in der Akte ja nein

Falls nein, welche erste Dokumentation aus Akte _____

Symptome

- Brustschmerz
- Luftnot

anderes _____

Diagnose

- keine Diagnose
- MI/ACS V.a/DD
- STEMI V.a/DD
- NSTEMI V.a/DD
- VWI V.a/DD
- HWI V.a/DD
- AP V.a/DD
- HRS V.a/DD
- kard. Schock V.a/DD

Andere: _____

EKG

EKG geschrieben ja nein nb

EKG in der Akte ja nein

EKG Uhrzeit ____/____ unplausibel nb

EKG Uhrzeit-Korrektur ____/____

EKG-Befund kein Befund dokumentiert

- Infarkt-EKG
- ST-Hebung
- keine ST-Hebung
- ST-Senkung
- Anderer: _____

Welcher EKG-Aufnahmebefund und welche Aufnahme diagnose sind im Entlassungsbrief beschrieben:
