

Zuzahlungs-pflicht	Krankenkasse bzw. Kostenträger	<h2 style="margin: 0;">Verordnung einer Krankenförderung 4</h2> <div style="margin-top: 10px;"> <input type="checkbox"/> Unfall, Unfallfolge <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall, Berufskrankheit <input type="checkbox"/> Versorgungsleiden (z.B. BVG) </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <input type="checkbox"/> Hinfahrt <input type="checkbox"/> Rückfahrt </div>
Zuzahlungs-frei	Name, Vorname des Versicherten	
geb. am		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

1. Grund der Beförderung

Genehmigungsfreie Fahrten

a) voll-/teilstationäre Krankenhausbehandlung vor-/nachstationäre Behandlung

b) ambulante Behandlung bei Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“, Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, Pflegegrad 4 oder 5 **nur Taxi/Mietwagen** (Fahrt mit KTW ist unter f) zu verordnen)

c) anderer Grund, z.B. Fahrten zu Hospizen:

Genehmigungspflichtige Fahrten zu ambulanten Behandlungen (vor Fahrtantritt der Krankenkasse vorzulegen)

d) hochfrequente Behandlung Dialyse, onkol. Chemo- oder Strahlentherapie vergleichbarer Ausnahmefall (Begründung unter 4. erforderlich)

e) dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung vergleichbar mit b) und Behandlungsdauer mindestens 6 Monate (Begründung unter 4. erforderlich)

f) anderer Grund für Fahrt mit KTW, z.B. fachgerechtes Lagern, Tragen, Heben erforderlich (Begründung unter 3. und ggf. 4. erforderlich)

2. Behandlungstag/Behandlungsfrequenz und nächsterreichbare, geeignete Behandlungsstätte

vom/am / x pro Woche, bis voraussichtlich

Behandlungsstätte (Name, Ort)

3. Art und Ausstattung der Beförderung

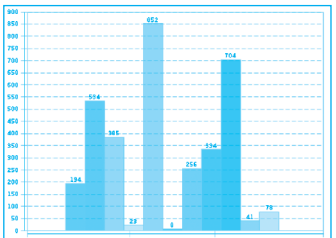
<input type="checkbox"/> Taxi/Mietwagen	<input type="checkbox"/> Rollstuhl
<input type="checkbox"/> KTW, da medizinisch-fachliche Betreuung und/oder Einrichtung notwendig ist wegen <input style="width: 150px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> Tragestuhl
<input type="checkbox"/> RTW	<input type="checkbox"/> liegend
<input type="checkbox"/> NAW/NEF	<input type="checkbox"/> andere <input style="width: 150px;" type="text"/>

4. Begründung/Sonstiges (z. B. Datum Aufnahme Krankenhaus, Gewicht bei Schwergewichtstransport, Wartezeit, Gemeinschaftsfahrt, Ortsangabe, wenn Beförderung nicht von/zur Wohnung stattfindet)

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 4 (7.2020)

Thieme DokuFORM GmbH · Willy-Brandt-Allee 31a · 23554 Lübeck · www.dokuform.de



Retten einfach dokumentieren

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

Rettenungsdiensprotokoll
DIVIDOK®
 gem. Empfehlung der DIMI
Nachdruck verboten!

Geschlecht männlich weiblich

RETTUNGSTECHNISCHE DATEN

Einsatzdatum Einsatz-Nr.

Reitt.Mittel RTW KTW NEF

Fahrzeug Funk

Einsatzort

Transportziel

Personal 1 Fahrer

Personal 2 Trsp.-Führer

Personal 3 Praktikant

km Ende	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Alarm	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Übergabe	<input type="text"/>	<input type="text"/>
km Anfang	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Ankunft Patient	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Einsatzbereit	<input type="text"/>	<input type="text"/>
km Gesamt	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Abfahrt	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Ende	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Sondersignal zum Einsatzort Patientenfahrt

EINSATZART

- Krankentransport
- paralleler Notarztalarm
- sonstiger Notfall
- Notfalltransport
- Versorgung ohne Transport
- Verkehrsunfall
- Verlegung
- Bereitstellung
- Arbeitsunfall
- Fehlfahrt
- Inkubatortransport
- sonstiger Unfall

BEMERKUNGEN

VERLAUF

UHRZEIT	15			30			45			15			30			45		
	Puls	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
RR	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
HDM	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Defibrillation	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Transport	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
In/Extubation	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Spontanatmung	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
assistierte Beatmung	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
kontrollierte Beatmung	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Maßnahmen	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
SpO ₂	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
O ₂ L/min	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Temp. et CO ₂	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

NOTFALLSITUATION

ERSTBEFUND n. erhoben

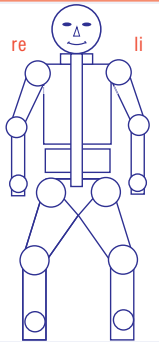
BEWUSSTSEINSLAGE <input type="radio"/> orientiert/wach <input type="radio"/> getrübt <input type="radio"/> bewusstlos <input type="radio"/> Komapatient	KREISLAUF <input type="radio"/> Schock <input type="radio"/> Kreislaufstillstand <input type="radio"/> Puls regelmäßig <input type="radio"/> Puls unregelmäßig	MESSWERTE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> RR syst <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> RR diast <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Puls <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> SpO ₂ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> AF <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> BZ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Temp.°C
PUPILLENFUNKTION re <input type="radio"/> eng <input type="radio"/> li <input type="radio"/> mittel <input type="radio"/> weit <input type="radio"/> entrundet <input type="radio"/> Lichtreaktion	EKG <input type="radio"/> Sinusrhythmus <input type="radio"/> Rhythmusstörung <input type="radio"/> Kammerflimmern <input type="radio"/> Asystolie	
SCHMERZ <input type="radio"/> kein <input type="radio"/> leicht <input type="radio"/> mittel <input type="radio"/> stark	ATMUNG <input type="radio"/> spontan/frei <input type="radio"/> Atemnot <input type="radio"/> Hyperventilation <input type="radio"/> Atemstillstand	

ERKRANKUNG KEINE

- Atmung
- Intoxikation
- Pädiatrie
- Kreislauf
- Hypo- Hyperthermie
- Neurologie
- Abdomen
- Gynäkologie
- Psychiatrie
- Stoffwechsel
- Geburtshilfe
- sonstige

VERLETZUNG KEINE

	offen	geschlossen	leicht	mittel	schwer
Prellung/Hämatom	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fraktur/V.a.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
sonstige	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schädel-Hirn	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gesicht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
HWS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Thorax	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
BWS / LWS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Becken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Obere Extremitäten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Untere Extremitäten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Weichteile	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



MASSNAHMEN NotSan/RettAss/RS KEINE

- stabile Seitenlage
- Extremitätenschiellung
- Sauerstoffgabe Ltr/Min.
- Fraktur/V.a.
- Wundversorgung/Verband
- Intubation
- sonstige
- Inhalationstrauma
- Elektrounfall
- Verbrennung
- Beatmung
- Herzdruckmassage
- Erstdefibrillation
- sonstige

ERSTHELFER-MASSNAHMEN

- suffizient insuffizient AED keine

ERGEBNIS / ÜBERGABE

- Zustand verbessert
- Notarzt nachgefordert
- Tod am Notfallort
- Zustand unverändert
- Notarzt abbestellt
- Tod während Trsp.
- Zustand verschlechtert
- Patient lehnt Transport ab
- ZEK s. Rückseite
- Transport nicht erforderlich
- Hausarzt / ABD informiert

Übergabe an:

Wertsachen:

Zeit: _____

VERLAUFSBESCHREIBUNG

Unterschrift NotSan / RettAss / RS

Transportverweigerungserklärung Refusal of transportation by ambulance car or of medical treatment

des Patienten/der Patientin

Herr/Frau: _____ Geb. am: _____ Geb. in: _____

Hiermit erkläre ich, dass ich heute, am _____ um _____ vom Rettungsdienst / Notarzdienst über meine Erkrankung bzw. Verletzung und deren Konsequenzen aufgeklärt worden bin und

eine Behandlung die Beförderung in ein Krankenhaus

entgegen der Belehrung ablehne. Für hieraus entstandene Schäden trage ich selbst die Verantwortung. Ich wurde darüber informiert, dass ich im Nachhinein keinerlei Ersatzansprüche wegen dieser nicht ausgeführten Krankbeförderung / Behandlung und den sich evtl. daraus ergebenden gesundheitlichen Schäden geltend machen kann.

Ohne klinische Abklärung sind folgende Verletzungen bzw. Erkrankungen nicht auszuschließen: _____

Mögliche Folgen der Transportverweigerung sind: _____

o.g. Erklärung habe ich zur Kenntnis genommen und verstanden:

Name Patient/Patientin _____ Unterschrift _____

o.g. Patient/Patientin wurde in meinem Beisein aufgeklärt:

Name Zeuge/Angehöriger _____ Unterschrift _____

Adresse _____

o.g. Patient/Patientin wurde in meinem Beisein aufgeklärt:

Name Zeuge/Rettungsdienst _____ Unterschrift _____

die Aufklärung des o.g. Patienten/Patientin erfolgte durch:

Name Rettungsdienst/Notarzdienst _____ Unterschrift _____

Ort/Place _____

Datum/Date _____

Uhrzeit/Time _____

MATERIALVERBRAUCH					
Schlüssel					
Menge					
Schlüssel					
Menge					

Kostenanerkennung

Ich, _____
verpflichte mich, bei Nichtvorlage einer Notwendigkeitsbescheinigung, diese innerhalb von 14 Tagen nachzureichen, da ansonsten die Transportkosten zu meinen Lasten gehen.

Datum und Unterschrift

Zwischenfälle / Ereignisse / Komplikationen (ZEK)

ZEK -Art

Atemwege, Gasaustausch

- 01 = Diskonnektion
- 02 = Tubus verlegt / abgeknickt
- 03 = Akzidentielle Extubation
- 04 = Nicht vorhergesehene schwierige Intubation
- 05 = Intubation nicht möglich
- 06 = Fehlintubation
- 07 = Einseitige Intubation
- 09 = Laryngospasmus
- 11 = Aspiration
- 12 = Hypoventilation / Hypoxämie
- 15 = Andere Resp. Störung

Herz- Kreislaufsystem

- 18 = Hypotension
- 19 = Hypertension
- 20 = Arrhythmie
- 21 = Tachykardie
- 22 = Bradykardie
- 23 = Hypovolämie
- 26 = Kreislaufstillstand
- 29 = Venenzugang nicht möglich
- 30 = Andere Störung des HK-Systems

Allgemeine Reaktionen

- 40 = Anaphylaktisch-allergische Reaktion
- 42 = Hypothermie
- 48 = Andere allgemeine Reaktion

Zentrales Nervensystem

- 60 = Krampfanfall
- 61 = Verwirrheitszustand
- 64 = Andere zentrale neurologische Störungen

Medizintechnik

- 67 = Narkosegerät / Beatmungsgerät
- 68 = EKG-Überwachungsgerät
- 69 = Automatische Blutdruckmessung
- 70 = Externer Schrittmacher
- 71 = Defibrillator
- 72 = Pulsoximetrie
- 73 = Intubationsbesteck
- 74 = Medikamentenzufuhr (Infusionssysteme/Pumpen)
- 75 = Andere Störungen Medizintechnik

Läsionen

- 78 = Fehl-/Mehrfachpunktion Gefäße
- 79 = Zähne
- 80 = Gefäße
- 81 = Muskel- und Weichteile
- 82 = Haut
- 83 = Atemwege
- 84 = Augen
- 85 = Epistaxis
- 86 = Pneumo-/Hämatothorax
- 87 = Nerven
- 88 = Verletzung durch HDM
- 89 = Andere Läsionen

Organisation

- 91 = Zwangseinweisung / Zwangsbehandlung
- 92 = Fehlerhafte Einsatzmeldung
- 93 = Nächstgelegenes geeignetes Rettungsmittel nicht verfügbar
- 94 = Nächstgelegenes geeignetes Krankenhaus nicht aufnahmebereit
- 95 = Übergabeproblem in aufnehmender Klinik
- 96 = Zusätzlich erforderliche Rettungsmittel waren nicht zeitgerecht verfügbar
- 97 = Einsatz unter Leitung eines LNA
- 98 = Sonstiges

	1.	2.	3.
Art			
Zeitpunkt			
Relevanz			

ZEK -Zeitpunkt

- 0 = Anfahrt
- 1 = Versorgung
- 2 = Transport
- 3 = Übergabe

ZEK -Relevanz

- 0 = ZEK ohne Auswirkung auf den klinischen Zustand
- 1 = ZEK klinisch bedeutsam, aber ohne Einfluß auf den weiteren Krankheitsverlauf
- 2 = ZEK klinisch bedeutsam, mit Einfluß auf den weiteren Krankheitsverlauf
- 3 = ZEK klinisch bedeutsam mit zusätzlicher Schädigung des Patienten, die Tod oder Dauerschaden zur Folge hat