

Tauchunfallprotokoll TSA Sterkrade

Unfalldatum: _____ Unfallort: _____

Personalien Verunfallter: _____

Allgemein

Ende letzter Tauchgang _____ Uhr _____. Tauchgang am Unfalltag

Auftreten erster Symptome _____ Uhr Weitere Taucher der Gruppe betroffen ja/nein

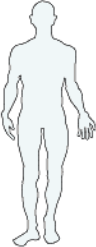


Computer gesichert ja/nein Dekotauchgang ja/nein

Daten Unfalltauchgang: max. Tiefe _____ Meter Tauchzeit _____ Minuten

1. Untersuchung (SOFORT)

	Ja	Nein		Ja	Nein		Ja	Nein
Wach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Atemnot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bewusstlos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gefühls- Seh- Hör -Sprach- störungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bluthusten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Lähmungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			


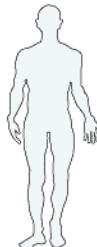

(Bitte einzeichnen)

GEFÜHLSTÖRUNGEN	LÄHMUNGEN	SCHMERZEN
		
rechts links	rechts links	rechts links

2. Untersuchung (15 Min. später)

	Ja	Nein		Ja	Nein		Ja	Nein
Wach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Atemnot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bewusstlos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gefühls- - Seh- Hör -Sprach- störungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bluthusten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Lähmungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

(Bitte einzeichnen)

GEFÜHLSTÖRUNGEN	LÄHMUNGEN	SCHMERZEN
		
rechts links	rechts links	rechts links

3. Untersuchung (30 Min. später)

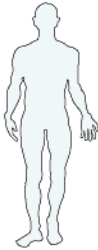
	Ja	Nein		Ja	Nein		Ja	Nein
Wach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Atemnot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bewusstlos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gefühls- - Seh- Hör -Sprach-			Schmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bluthusten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Störungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lähmungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

(Bitte einzeichnen)

GEFÜHLSTÖRUNGEN

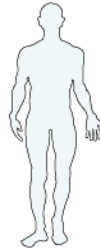
LÄHMUNGEN

SCHMERZEN



rechts

links



rechts

links



rechts

links

Sauerstoff : Maske/Brille Wenoll Demand kein Sauerstoff

Flüssigkeit: _____ Liter getrunken Infusion

Erkrankungen bekannt: _____

Regelmäßige Medikamenteneinnahme: _____

Wiederbelebungsmaßnahmen seit: _____ Uhr

AED eingesetzt ja/nein AED Schock empfohlen ja/nein

Freie Formulierung: _____

Protokoll: _____