Fahrtbericht

Deutsches Rotes Kreuz
150 Jahre Aus Liebe zum Menschen.

Wache
☐ BRV ☐ Tarms. ☐ Gnar. ☐ Zeven ☐ Sitten.
☐ ROW ☐ Vissel. ☐ Sottrum ☐ Lauen.

Einsatznummer _____

weiteres Rettungsmittel _____
☐ NEF ☐ RTW

Datum _____ **Fahrer** _____ **Beifahrer** _____ **Fahrzeug** _____ – _____ **Tarif** _____

Alarmierung _____ **Km Beginn** _____

Einsatzende _____ **Km Ende** _____ **Km Gesamt** _____

Transport verordnet durch (Arzt/KH) _____

PLZ _____ **Einsatzort** _____ **Strasse, Haus-Nr.** _____ ☐ **und zurück**

PLZ _____ **Zielort** _____ **Strasse, Haus-Nr.** _____

Einsatzart

A01		Verkehrsunfall	A11		Inkubatortransport	A21		Notfall psychiatrisch
A02		Betriebsunfall	A12		Einw. mit Beschluss	A22		Notfall pädiatrisch
A03		Hausunfall	A13		SEG Einsatz	A23		Sonstiger Notfall
A04		Schulunfall	A14		Umzug	A24		Geburt
A05		Sonstiger Unfall	A15		Fehleinsatz	A25		Infektionstransport
A06		Einweisung	A16		Gebietsabdeckung	A26		Suizid
A07		Ambulanz Hinfahrt	A17		Notfall internistisch	A27		Hilflose Person
A08		Ambulanz Rückfahrt	A18		Notfall neurologisch	A28		Vergiftung
A09		Entlassung	A19		Notfall chirurgisch			
A10		Verlegung	A20		Notfall gynäkologisch			

Sosi.

SR0		Kein Sondersignal	SR2		Sondersignal Hinfahrt
SR1		Sondersignal Hin- + Rückf.	SR3		Sondersignal Rückfahrt

Maßnahmen

M00		Keine Maßnahmen	M07		EKG
M01		Inhalationsgabe	M08		Medikamentengabe
M02		Beatmung	M09		Schienenmaterial
M03		Infusion	M10		Überwach. Vitalparameter
M04		HLW	M11		Frühlyse
M05		Intubation	M12		Wundversorgung
M06		Defibrillation			

Leserlich und vollständig ausfüllen

Deutsches Rotes Kreuz
KV Bremervörde

Patientendaten

Name, Vorname _____

Straße _____

PLZ, Ort _____

Geburtsdatum _____ ☐ männl. ☐ weibl. ☐ sächl.

Arbeitgeber/Schule

Name _____

Straße _____

PLZ, Ort _____

Unfalltag _____

Kostenträger

Name der KK _____

Kassennummer _____

Versichertennr. _____ **Status** _____

Genehmigungsnr. _____

Bemerkungen

B00		Keine Bemerkung	B05		Patient verstorben	B10		TS bei Rückfahrt
B01		Einsatzabbruch	B06		Pat. verstorben auf Transp.	B11		Sammel-TS
B02		Pat. vom Einsatzort entfernt	B07		Transport durch RTH	B12		Kein Transportschein (TS)
B03		Untersuchung/Behandlung	B08		Kein Transport erforderlich	B13		Begleitung durch Hausarzt
B04		Pat. verweigert Transport	B09		TS bei Hinfahrt			

Sonstige Angaben und Bemerkungen

_____

_____

Erfasser Fahrtbericht

_____
Name + Unterschrift

Erfasser EDV

_____
Name + Unterschrift

Anlagen
☐ TS
☐ RD-Prot. (rosa)
☐ Transp. - Verw.

Korrekturvermerk
☐ fehlerhaft, unvollständig
☐ Erneut fehlerh., unvollst.