



### S: Stammdaten

Patienten-Code: \_\_\_\_\_ Interne Bemerkung: \_\_\_\_\_

#### Patientenalter am Unfalltag

Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum unbekannt   
 geschätztes Alter \_\_\_\_\_ Jahre

**Geschlecht**  männlich  weiblich  divers  
 Wenn weiblich, bestand eine Schwangerschaft?  
 unbekannt  nein  ja

#### Gesundheitszustand vor Unfall

##### ASA vor Unfall

- 1 – gesund
- 2 – leichte Einschränkungen
- 3 – schwere systemische Erkrankung
- 4 – lebensbedrohliche Allgemeinerkrankung

**Antikoagulation?**  unbekannt  nein  ja

Wenn ja, welche?

- ASS  DOAK  Heparin(oide)
- andere Thrombozytenaggregationshemmer
- Vitamin K-Antagonisten  Sonstige  unbekannt

#### Zuverlegt

nein  ja (bitte Klinik angeben) \_\_\_\_\_

#### Unfall-Anamnese

**Unfallzeitpunkt** Datum \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_ . 20 \_\_\_\_  
 Uhrzeit \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_ Uhr

##### Ursache

- Unfall
- Verdacht auf Gewaltverbrechen
- Verdacht auf Suizid

##### Unfallmechanismus

- stumpf
- penetrierend

#### Unfallart

**BG-Fall**  nein  ja

##### Verkehr

- PKW-Insasse
- LKW-Insasse
- Bus-Insasse
- Motorradfahrer/-sozius
- Fahrrad
- unterstütztes Fahrrad <sup>1</sup>
- E-Scooter
- Fußgänger angefahren
- Sonstiger Verkehrsunfall

##### Sturz

- Sturz mit Fallhöhe >= 3m
- Sturz mit Fallhöhe < 3m
- Ebenerdiger Sturz

##### Sonstige

- Schlagverletzung <sup>2</sup>
- Schussverletzung
- Stichverletzung
- Explosion / Verpuffung <sup>3</sup>
- Verschüttung
- andere Unfallart

<sup>1</sup> E-Bike/Pedelec, <sup>2</sup> Gegenstand, Ast, ..., <sup>3</sup> thermomech. Kombiverl.

### A1: Präklinik

**Rettungszeiten** Erste Alarmierung \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_ Uhr  
 Ankunft 1. Rettungsmittel Unfallstelle \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_ Uhr  
 Transportbeginn mit Patienten \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_ Uhr

**Notärztliche Behandlung am Unfallort:**  nein  ja

**Transport:**  bodengebunden mit NA  bodengebunden ohne NA  
 RTH  privat / selbst

**Nachforderung RTH:**  nein  ja

**MANV:**  nein  ja

#### Vitalzeichen bei Eintreffen des Rettungsmittels

Atemfrequenz (spontan) \_\_\_\_\_ /min  
 Sauerstoffsättigung (SpO<sub>2</sub>) \_\_\_\_\_ %  
 Blutdruck (systolisch) \_\_\_\_\_ mmHg  
 Herzfrequenz \_\_\_\_\_ /min  
 Kapnometrie durchgeführt?  nein  ja

#### Glasgow Coma Scale

Augenöffnen	Verbale Antwort	Motorische Antwort
spontan (4)	orientiert (5)	befolgt Aufforderung (6)
auf Geräusch (3)	verwirrt (4)	lokalisiert (5)
auf Druck (2)	Wörter (3)	beugt normal (4)
nicht vorhanden (1)	Laute (2)	beugt abnormal (3)
nicht beurteilbar (NT)	keine (1)	streckt (2)
	nicht beurteilbar (NT)	keine (1)
		nicht beurteilbar (NT)
_____ + _____ + _____		
GCS-Wert _____		

#### Pupillenweite

normal (0)  
 Anisokorie (1)  
 beidseits weit (2)

#### Lichtreaktion

spontan (0)  
 verzögert (1)  
 lichtstarr (3)

Verletzungen	keine	leicht	mittel	schwer	geschlos- -sen	offen
Schädel-Hirn	<input type="radio"/>	<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"/>	<input type="radio"/>
Thorax	<input type="radio"/>	<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"/>	<input type="radio"/>
Wirbelsäule	<input type="radio"/>	<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"/>	<input type="radio"/>
Obere Extr.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Untere Extr.	<input type="radio"/>	<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"/>	<input type="radio"/>

#### Volumengabe

Kristalloide \_\_\_\_\_ ml  
 Kolloide \_\_\_\_\_ ml

#### Therapie

	nein	ja
Endotracheale Intubation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chirurgischer Atemweg	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alternative Atemwegssicherung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
HWS-Immobilisierung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nadeldekompression	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Thoraxdrainage (jetzt ohne Nadeldekompression)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beckengurt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tourniquet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
IO-Zugang	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzdruckmassage	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Präklinische Thorakotomie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tranexamsäure	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Katecholamine	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Analgesiedierung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



### B1: SR-/OP-Phase

Patienten-Code: \_\_\_\_\_

#### Aufnahme

Datum \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.20\_\_\_\_\_. Uhrzeit \_\_\_\_:\_\_\_\_ Uhr

#### COVID-19

COVID-19-Abstrich  nein  ja  unbekannt  
 Wenn ja: Testergebnis:  negativ  positiv  unbekannt

#### Vitalzeichen

Atemfrequenz (spontan) \_\_\_\_\_ /min  
 Sauerstoffsättigung (SpO<sub>2</sub>) \_\_\_\_\_ %  
 Blutdruck (systolisch) \_\_\_\_\_ mmHg  
 Herzfrequenz \_\_\_\_\_ /min  
 Temperatur \_\_\_\_\_ °C

#### Atmung

Bereits bei Ankunft beatmet?  nein  ja

Wenn ja:

FiO<sub>2</sub> \_\_\_\_\_ % oder Dezimalwert\*

PaO<sub>2</sub> \_\_\_\_\_ mmHg oder kPa\*

#### Glasgow Coma Scale

Augenöffnen	Verbale Antwort	Motorische Antwort
spontan (4)	orientiert (5)	befolgt Aufforderung (6)
auf Geräusch (3)	verwirrt (4)	lokalisiert (5)
auf Druck (2)	Wörter (3)	beugt normal (4)
nicht vorhanden (1)	Laute (2)	beugt abnormal (3)
nicht beurteilbar (NT)	keine (1)	streckt (2)
	nicht beurteilbar (NT)	keine (1)
		nicht beurteilbar (NT)
_____ + _____ + _____		
GCS-Wert _____		

#### Pupillenweite

Pupillenweite	Lichtreaktion
normal (0)	spontan (0)
Anisokorie (1)	verzögert (1)
beidseits weit (2)	lichtstarr (3)

#### Labor

Hämoglobin \_\_\_\_\_ g/dl oder mmol/l\*  
 Thrombozytenzahl \_\_\_\_\_ /µl oder gpt/l\*  
 TPZ (Quick) \_\_\_\_\_ %  
 PTT \_\_\_\_\_ sek  
 INR \_\_\_\_\_ [ohne Einheit]  
 Base Excess (-/+ ) \_\_\_\_\_ mmol/l  
 Ca (ionisiert) \_\_\_\_\_ mmol/l oder mg/dl\*  
 Ethanol (Plasma) \_\_\_\_\_ µmol/l oder mg/dl\*  
 Fibrinogen \_\_\_\_\_ µmol/l oder g/dl\*

#### Diagnostik

	nein	ja	Uhrzeit
FAST / eFAST	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____:____ Uhr
Freie Flüssigkeit bei FAST?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Röntgen Thorax	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____:____ Uhr
Röntgen Becken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____:____ Uhr
Röntgen Wirbelsäule	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____:____ Uhr
Ganzkörper-CT (inkl. cCT)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____:____ Uhr
Selektives CT			
Kopf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____:____ Uhr
HWS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____:____ Uhr
Thorax mit BWS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____:____ Uhr
Abdomen/LWS/Becken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____:____ Uhr
Extremitäten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____:____ Uhr
MRT	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____:____ Uhr
ROTEM®	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____:____ Uhr
EXTEM-CT			_____ sek
EXTEM-MCF			_____ mm
FIBTEM-A10			_____ mm

Wurde Teleradiologie genutzt? nein  ja

#### Volumengabe

	Schockraum	OP-Phase
Kristalloide	_____ ml	_____ ml
Kolloide	_____ ml	_____ ml

#### Therapie Schockraum

	nein	ja
Endotracheale Intubation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chirurgischer Atemweg	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Thoraxdrainage	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzdruckmassage	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Perikardpunktion	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beckengurt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Katecholamine (Erst-/Weitergabe)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

#### Operative Notfallmaßnahmen bis Aufnahme ICU / IMC

	nein	ja	Schnittzeit
Operative Hirndruckentlastung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____:____ Uhr
Laminektomie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____:____ Uhr
Thorakotomie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____:____ Uhr
Laparotomie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____:____ Uhr
Revaskularisation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____:____ Uhr
Embolisation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____:____ Uhr
REBOA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____:____ Uhr
Stabilisierung Becken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____:____ Uhr
Stabilisierung Extremitäten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____:____ Uhr
Escharotomie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____:____ Uhr
Dermatofasziotomie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____:____ Uhr

\* Bitte die in Ihrem Haus verwendeten Einheiten unterstreichen (diese können in der Online-Eingabe vom TR-Klinikadministrator unter „Festlegung Einheiten“ ausgewählt werden)



### B2: SR-/OP-Phase

Patienten-Code: \_\_\_\_\_

Hämostase-Therapie	Schockraum (ohne OP-Phase)	OP-Phase
Bluttransfusion (EK)	_____ Einheiten    Zeit erste EK-Gabe: _____:_____ Uhr	_____ Einheiten
Frischplasma (FFP)	_____ Einheiten oder ml*	_____ Einheiten oder ml*
Thrombozytenkonzentrat	_____ Einheiten oder ml*	_____ Einheiten oder ml*

Medikamentöse Gerinnungstherapie	nein	ja	Zeit ersten Gabe
Tranexamsäure	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____:____ Uhr
Fibrinogen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____:____ Uhr
PPSB	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	(ohne Uhrzeit)
Kalzium	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	(ohne Uhrzeit)
Faktor XIII	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	(ohne Uhrzeit)
DOAK-Antidot	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	(ohne Uhrzeit)

Weiterversorgung	
Weiterverlegung	Uhrzeit: _____:_____ Uhr
<input type="radio"/> OP	
<input type="radio"/> ICU/IMC	
<input type="radio"/> Tod im Schockraum	
<input type="radio"/> anderes Krankenhaus	
<input type="radio"/> Sonstiges _____	

### C: Intensivstation

**Aufnahme**  
Datum: \_\_\_\_\_.\_\_\_\_.20\_\_\_\_    Uhrzeit: \_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_ Uhr

Labor / Vitalwerte	
Hämoglobin	_____ g/dl oder mmol/l*
Thrombozytenzahl	_____ /µl oder gpt/l*
TPZ (Quick)	_____ %
PTT	_____ sek
INR	_____ [ohne Einheit]
Base Excess (-/+)	_____ mmol/l
Ca (ionisiert)	_____ mmol/l oder mg/dl*
Fibrinogen	_____ µmol/l oder g/dl*
Temperatur	_____ °C

ROTEM®	
EXTEM-CT	_____ sek
EXTEM-MCF	_____ mm
FIBTEM-A10	_____ mm

Hämostase-Therapie	
(innerhalb der ersten 48 Stunden NACH Aufnahme auf die ICU)	
Bluttransfusion (EK)	_____ Einheiten
Frischplasma (FFP)	_____ Einheiten oder ml*
Thrombozytenkonzentrat	_____ Einheiten oder ml*

Medikamentöse Gerinnungstherapie	
(innerhalb der ersten 48 Stunden NACH Aufnahme auf die ICU)	
	nein    ja
Tranexamsäure	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
Fibrinogen	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
PPSB	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
Faktor XIII	<input type="radio"/> <input type="radio"/>

Aufenthaltsdauer/ Beatmungstherapie	nein	ja	Dauer in Stunden oder Tagen*
Intensivtherapie (exkl. IMC)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Mechanische Beatmung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____

Therapie	nein	ja
Nierenersatzverfahren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ECMO (Extrakorporaler Lungensupport)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Organversagen (SOFA-Score > 2)	nein	ja
Atmung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Koagulation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leber	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herz-Kreislauf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ZNS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Niere	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
MOV	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sepsis (neue Definition)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

- Wenn ja: Fokus
- Katheter
  - Lunge
  - Wunden
  - Urosepsis
  - Abdomen
  - Anderer \_\_\_\_\_

**Rot markierte Parameter sind Pflichtfelder!**

\* Bitte die in Ihrem Haus verwendeten Einheiten unterstreichen (diese können in der Online-Eingabe vom TR-Klinikadministrator unter „Festlegung Einheiten“ ausgewählt werden).



### D1: Abschluss

Patienten-Code: \_\_\_\_\_

#### Entlassungs-/Todesdatum

Datum \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ .20 \_\_\_\_\_

Uhrzeit \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ Uhr

(Pflicht bei Weiterverlegung innerhalb 48 Stunden)

#### Zustand bei Entlassung/Verlegung

- gut erholt                       mäßig behindert  
 schwer behindert             nicht ansprechbar

#### Entlassung/Verlegung/Tod

- Entlassung nach Hause  
 Verlegung in Reha-Klinik  
 Verlegung in ein anderes Krankenhaus (siehe unten)  
 Sonstige  
 Tod  
 Bei Tod: Therapielimitierung:     nein     ja  
 Grund für Therapiebegrenzung:  
 palliativ                       mutmaßlicher Patientenwille  
 schriftlich bekundeter Patientenwille

#### Todesursache

- SHT     Hämorrhagie     Organversagen     Sonstige

#### Klinikrelevante thromboembolische Ereignisse?

- keine  
 Herzinfarkt                                       Lungenembolie  
 Tiefe Beinvenenthrombose     Apoplex  
 Andere thromboembolische Ereignisse

Wenn ja:

Bestand Thromboseprophylaxe?                       nein     ja

#### Verlegung in anderes Krankenhaus

- nein  
 ja (bitte Klinik angeben) \_\_\_\_\_

### D2: Diagnosen

Verletzung: \_\_\_\_\_

Diagnosestellung nach Intensiv-Aufnahme     nein     ja

AIS-Code: \_\_\_\_\_ Offene Fraktur?     nein     ja

Grad der Weichteilverletzung (I-IV) \_\_\_\_\_

OP-Maßnahme: (siehe OP-Gruppen \*)

Beschreibung der Operation    Datum

1. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ .20 \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ .20 \_\_\_\_\_

Initiales Therapiekonzept:    Damage Control-OP?     nein     ja

Anzahl weiterer OPs (z.B. Revisionen) \_\_\_\_\_

Verletzung: \_\_\_\_\_

Diagnosestellung nach Intensiv-Aufnahme     nein     ja

AIS-Code: \_\_\_\_\_ Offene Fraktur?     nein     ja

Grad der Weichteilverletzung (I-IV) \_\_\_\_\_

OP-Maßnahme: (siehe OP-Gruppen \*)

Beschreibung der Operation    Datum

1. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ .20 \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ .20 \_\_\_\_\_

Initiales Therapiekonzept:    Damage Control-OP?     nein     ja

Anzahl weiterer OPs (z.B. Revisionen) \_\_\_\_\_

Verletzung: \_\_\_\_\_

Diagnosestellung nach Intensiv-Aufnahme     nein     ja

AIS-Code: \_\_\_\_\_ Offene Fraktur?     nein     ja

Grad der Weichteilverletzung (I-IV) \_\_\_\_\_

OP-Maßnahme: (siehe OP-Gruppen \*)

Beschreibung der Operation    Datum

1. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ .20 \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ .20 \_\_\_\_\_

Initiales Therapiekonzept:    Damage Control-OP?     nein     ja

Anzahl weiterer OPs (z.B. Revisionen) \_\_\_\_\_

\*Für Erläuterungen zu den OP-Gruppen siehe Dokument „TR-DGU Leitfaden für V2020“.



### D3: Diagnosen

Patienten-Code: \_\_\_\_\_

<b>Verletzung:</b> _____	Diagnosestellung nach Intensiv-Aufnahme <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
<b>AIS-Code:</b> _____ Offene Fraktur? <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	Grad der Weichteilverletzung (I-IV) _____
<b>Operationen:</b> (siehe OP-Gruppen *)	Beschreibung der Operation Datum
1. _____	_____ .20 _____
2. _____	_____ .20 _____
Initiales Therapiekonzept: Damage Control-OP? <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	Anzahl weiterer OPs (z.B. Revisionen) _____

<b>Verletzung:</b> _____	Diagnosestellung nach Intensiv-Aufnahme <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
<b>AIS-Code:</b> _____ Offene Fraktur? <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	Grad der Weichteilverletzung (I-IV) _____
<b>Operationen:</b> (siehe OP-Gruppen *)	Beschreibung der Operation Datum
1. _____	_____ .20 _____
2. _____	_____ .20 _____
Initiales Therapiekonzept: Damage Control-OP? <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	Anzahl weiterer OPs (z.B. Revisionen) _____

<b>Verletzung:</b> _____	Diagnosestellung nach Intensiv-Aufnahme <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
<b>AIS-Code:</b> _____ Offene Fraktur? <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	Grad der Weichteilverletzung (I-IV) _____
<b>Operationen:</b> (siehe OP-Gruppen *)	Beschreibung der Operation Datum
1. _____	_____ .20 _____
2. _____	_____ .20 _____
Initiales Therapiekonzept: Damage Control-OP? <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	Anzahl weiterer OPs (z.B. Revisionen) _____

<b>Verletzung:</b> _____	Diagnosestellung nach Intensiv-Aufnahme <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
<b>AIS-Code:</b> _____ Offene Fraktur? <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	Grad der Weichteilverletzung (I-IV) _____
<b>Operationen:</b> (siehe OP-Gruppen *)	Beschreibung der Operation Datum
1. _____	_____ .20 _____
2. _____	_____ .20 _____
Initiales Therapiekonzept: Damage Control-OP? <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	Anzahl weiterer OPs (z.B. Revisionen) _____

<b>Verletzung:</b> _____	Diagnosestellung nach Intensiv-Aufnahme <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
<b>AIS-Code:</b> _____ Offene Fraktur? <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	Grad der Weichteilverletzung (I-IV) _____
<b>Operationen:</b> (siehe OP-Gruppen *)	Beschreibung der Operation Datum
1. _____	_____ .20 _____
2. _____	_____ .20 _____
Initiales Therapiekonzept: Damage Control-OP? <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	Anzahl weiterer OPs (z.B. Revisionen) _____

<b>Verletzung:</b> _____	Diagnosestellung nach Intensiv-Aufnahme <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
<b>AIS-Code:</b> _____ Offene Fraktur? <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	Grad der Weichteilverletzung (I-IV) _____
<b>Operationen:</b> (siehe OP-Gruppen *)	Beschreibung der Operation Datum
1. _____	_____ .20 _____
2. _____	_____ .20 _____
Initiales Therapiekonzept: Damage Control-OP? <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	Anzahl weiterer OPs (z.B. Revisionen) _____

Um weitere Diagnosen schriftlich festhalten zu können, kopieren Sie bitte diese Seite in benötigter Anzahl.