



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 ¹
- E-Scooter
- Fußgänger angefahren
- Sonstiger Verkehrsunfall

Sturz

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

Sonstige

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

¹ E-Bike/Pedelec, ² Gegenstand, Ast, ..., ³ 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 (SpO₂) _____ %
 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		Diagnostik		nein	ja	Uhrzeit																														
COVID-19 COVID-19-Abstrich <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> unbekannt Wenn ja: Testergebnis: <input type="radio"/> negativ <input type="radio"/> positiv <input type="radio"/> unbekannt		FAST / eFAST <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja _____ : _____ Uhr Freie Flüssigkeit bei FAST? <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja																																		
Vitalzeichen Atemfrequenz (spontan) _____ /min Sauerstoffsättigung (SpO ₂) _____ % Blutdruck (systolisch) _____ mmHg Herzfrequenz _____ /min Temperatur _____ °C		Röntgen Thorax <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja _____ : _____ Uhr Röntgen Becken <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja _____ : _____ Uhr Röntgen Wirbelsäule <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja _____ : _____ Uhr Ganzkörper-CT (inkl. cCT) <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja _____ : _____ Uhr Selektives CT																																		
Atmung Bereits bei Ankunft beatmet? <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Wenn ja: FiO ₂ _____ % oder Dezimalwert* PaO ₂ _____ mmHg oder kPa*		Kopf <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja _____ : _____ Uhr HWS <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja _____ : _____ Uhr Thorax mit BWS <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja _____ : _____ Uhr Abdomen/LWS/Becken <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja _____ : _____ Uhr Extremitäten <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja _____ : _____ Uhr MRT <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja _____ : _____ Uhr ROTEM® <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja _____ : _____ Uhr EXTEM-CT _____ sek EXTEM-MCF _____ mm FIBTEM-A10 _____ mm																																		
Glasgow Coma Scale <table border="0"> <tr> <td><u>Augenöffnen</u></td> <td><u>Verbale Antwort</u></td> <td><u>Motorische Antwort</u></td> </tr> <tr> <td>spontan (4)</td> <td>orientiert (5)</td> <td>befolgt Aufforderung (6)</td> </tr> <tr> <td>auf Geräusch (3)</td> <td>verwirrt (4)</td> <td>lokalisiert (5)</td> </tr> <tr> <td>auf Druck (2)</td> <td>Wörter (3)</td> <td>beugt normal (4)</td> </tr> <tr> <td>nicht vorhanden (1)</td> <td>Laute (2)</td> <td>beugt abnormal (3)</td> </tr> <tr> <td>nicht beurteilbar (NT)</td> <td>keine (1)</td> <td>streckt (2)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>nicht beurteilbar (NT)</td> <td>keine (1)</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>nicht beurteilbar (NT)</td> </tr> <tr> <td>_____ + _____ + _____</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">GCS-Wert _____</td> </tr> </table>		<u>Augenöffnen</u>	<u>Verbale Antwort</u>	<u>Motorische Antwort</u>	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 _____			Wurde Teleradiologie genutzt? nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/>				
<u>Augenöffnen</u>	<u>Verbale Antwort</u>	<u>Motorische Antwort</u>																																		
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)		Volumengabe <table border="0"> <tr> <td></td> <td>Schockraum</td> <td>OP-Phase</td> </tr> <tr> <td>Kristalloide</td> <td>_____ ml</td> <td>_____ ml</td> </tr> <tr> <td>Kolloide</td> <td>_____ ml</td> <td>_____ ml</td> </tr> </table>				Schockraum	OP-Phase	Kristalloide	_____ ml	_____ ml	Kolloide	_____ ml	_____ ml																					
	Schockraum	OP-Phase																																		
Kristalloide	_____ ml	_____ ml																																		
Kolloide	_____ ml	_____ ml																																		
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*		Operative Notfallmaßnahmen bis Aufnahme ICU / IMC		nein	ja	Schnittzeit																														
		Operative Hirndruckentlastung <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja _____ : _____ Uhr Laminektomie <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja _____ : _____ Uhr Thorakotomie <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja _____ : _____ Uhr Laparotomie <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja _____ : _____ Uhr Revaskularisation <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja _____ : _____ Uhr Embolisation <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja _____ : _____ Uhr REBOA <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja _____ : _____ Uhr Stabilisierung Becken <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja _____ : _____ Uhr Stabilisierung Extremitäten <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja _____ : _____ Uhr Escharotomie <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja _____ : _____ Uhr Dermatofasziotomie <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja _____ : _____ 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 _____

_____ . _____ .20 _____

2. _____ . _____ .20 _____

_____ . _____ .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 _____

_____ . _____ .20 _____

2. _____ . _____ .20 _____

_____ . _____ .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 _____

_____ . _____ .20 _____

2. _____ . _____ .20 _____

_____ . _____ .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: _____

Verletzung: _____ Diagnosestellung nach Intensiv-Aufnahme nein ja

AIS-Code: _____ Offene Fraktur? nein ja Grad der Weichteilverletzung (I-IV) _____

Operationen: (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) _____

Operationen: (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) _____

Operationen: (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) _____

Operationen: (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) _____

Operationen: (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) _____

Operationen: (siehe OP-Gruppen *) Beschreibung der Operation Datum

1. _____ .20 _____

2. _____ .20 _____

Initiales Therapiekonzept: Damage Control-OP? nein ja Anzahl weiterer OPs (z.B. Revisionen) _____

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