SOFORTMASSNAHMEN BEI SCHNITT- UND RISSWUNDEN

WICHTIGER HINWEIS & DISCLAIMER

Dieser praktische Leitfaden dient ausschließlich der Wissensvermittlung und Erstorientierung in Notlagen. Die vermittelten Inhalte stellen keine ärztliche Diagnose, Heilbehandlung oder individuelle Therapieempfehlung dar. Bei schweren, stark blutenden oder tief klaffenden Verletzungen sowie Anzeichen von Wundinfektionen muss umgehend der Rettungsdienst (Notruf 112) oder qualifiziertes medizinisches Fachpersonal hinzugezogen werden.

- Eigenschutz hat stets Vorrang: Einmalhandschuhe anlegen vor Wundkontakt.
- Keine Fremdkörper eigenmächtig aus tiefen Gewebeschichten entfernen.
- Tetanus-Impfstatus baldmöglichst durch medizinisches Fachpersonal prüfen lassen.

MEDIZINISCHER HAFTUNGSAUSSCHLUSS

Dieser Leitfaden ersetzt keine professionelle medizinische Versorgung oder den behördlichen Notruf. Er dient der strukturierten Überbrückung der ersten kritischen Minuten bei eingeschränkter Infrastruktur.



EDUKATIVE ILLUSTRATION - KEINE DIAGNOSE

SOFORTMASSNAHMEN: SCHNITT- UND RISSWUNDEN VERSORGEN

Oberflächliche wie tiefere Gewebetrennungen erfordern ein schnelles, aseptisches Vorgehen, um Blutverluste einzudämmen und Pathogene mechanisch auszuspülen. Führen Sie die folgenden Schritte konsequent durch.

SCHRITT 1 — **EIGENSCHUTZ & LAGEKONTROLLE**
Legen Sie sterile Einmalhandschuhe an, um eine Kontamination der verletzten Person sowie Eigengefährdung durch Körperflüssigkeiten auszuschließen. Beruhigen Sie die betroffene Person und lagern Sie die verletzte Extremität nach Möglichkeit hoch.

SCHRITT 2 — **MECHANISCHE SPÜLUNG & INSPEKTION**
Spülen Sie die Wunde druckvoll mit steriler 0,9%-Kochsalzlösung (NaCl) oder handwarmem Trinkwasser von innen nach außen aus, um lose Schmutzpartikel zu entfernen. Berühren Sie den Wundgrund nicht mit bloßen Fingern.

SCHRITT 3 — **WUNDANTISEPTIK**
Wundränder und Wundfläche mit einem farblosen, brennfreien Schleimhaut- und Wundantiseptikum (z. B. auf Octenidin- oder Polyhexanid-Basis) benetzen. Die vorgeschriebene Einwirkzeit beachten, um Keime im Randbereich wirksam zu inaktivieren.

SCHRITT 4 — **WUNDRANDADAPTATION MIT WUNDNAHTSTREIFEN**
Trocknen Sie die intakte Umgebungshaut steril ab. Bei sauberen, glatt durchtrennten Rändern bringen Sie Wundnahtstreifen quer zum Wundverlauf unter leichtem Zug auf, um die Wundränder spannungsfrei aneinanderzufügen.

SCHRITT 5 — **STERILER SCHUTZ- ODER DRUCKVERBAND**
Bedecken Sie das Areal mit einer sterilen Wundauflage. Bei normaler Blutung mit Fixierbinde sichern. Bei pulsierender oder anhaltender Sickerblutung ein festes Druckpolster (ungeöffnete Binde) auflegen und stramm einwickeln, ohne Extremitäten abzuschnüren.

WELCHE WUNDCHARAKTERISTIK LIEGT PRIMÄR VOR?

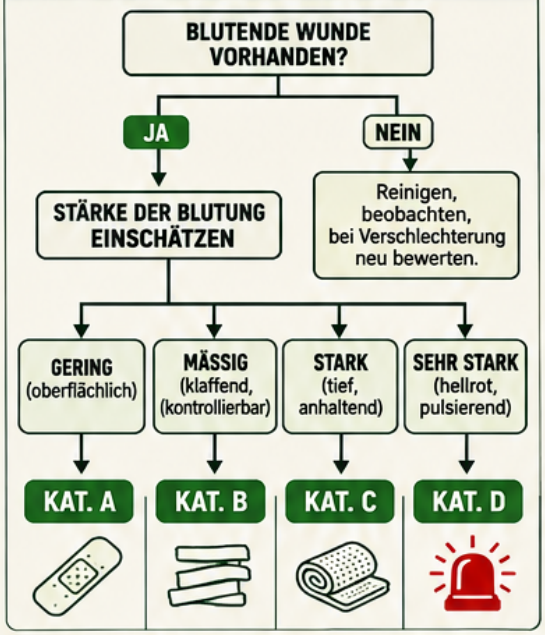
- Wunde blutet pulsierend, spritzend oder durchdringt Verbände kontinuierlich → Sofort **Notruf 112** wählen, manuellen Kompressionsdruck ausüben, sterilen Druckverband anlegen und Extremität konsequent hochlagern.
- Wunde klafft tiefer als 5 mm, Muskel- oder Fettgewebe sichtbar → Keine Wundnahtstreifen zur Alleinversorgung erzwingen; steril abdecken und innerhalb von 6 Stunden zur primären Wundversorgung in eine chirurgische Ambulanz bringen.
- Oberflächliche Risswunde mit stabilen Wundrändern und geringer Blutung → Aseptisch spülen, desinfizieren, mit Wundnahtstreifen adaptieren und mit steriler Kompresse gegen Reibung schützen.

WUND-MATRIX & EINSATZDOKUMENTATION

SCHNELLREFERENZTAFEL: WUNDMERKMALE & INTERVENTIONSMATRIX

Kompakte Orientierungstabelle für den akuten Zugriff. Ordnen Sie Schnitt- und Rissverletzungen ein und leiten Sie unmittelbar die geeignete Versorgungsstufe ein.

ENTSCHEIDUNGS-FLUSSPLAN: WUNDE EINORDNEN & VERSORGEN



WUND-MATRIX: VERLETZUNGSTYP, MERKMALE & MASSNAHMEN

KAT.	WUNDTYP (BEISPIEL)	MERKMALE (TIEFE, BLUTUNG)	SOFORTMASSNAHME / VERSORGUNGSSTUFE
A	 KAPILLÄRE SCHÜRFUNG / MIKROSCHNITT	• Tiefe < 1 mm • Oberflächliche Hautverletzung • Geringe, meist sickernde Blutung	✓ SPÜLUNG DESINFEKTION ELASTISCHES WUNDSCHNELLPFLASTER
B	 GLATTE SCHNITTWUNDE	• Tiefe 1–5 mm • Glatte, meist saubere Wundränder • Mäßige Blutung (kontrollierbar)	✓ SPÜLUNG ANTISEPTIK WUNDNAHTSTREIFEN STERILE VLIESKOMPRESSE
C	 TIEFE SCHNITT- / RISSWUNDE	• Tiefe > 5 mm • Klaffende Wundränder • Deutlichere, anhaltende Blutung	✓ DRUCKSTILLUNG STERILE WUNDAUFLAGE NOTRUF / CHIRURGISCHER WUNDVERSCHLUSS
D	 ARTERIELLE / STARK VENÖSE BLUTUNG	• Starke, spritzende (arterielle) oder anhaltend kräftige (venöse) Blutung • Hellrotes, ggf. pulsierendes Blut (arteriell)	! DIREKTE KOMPRESSION DRUCKVERBAND MIT DRUCKPOLSTER SCHOCKLAGE **SOFORTIGER NOTRUF 112**

- ✓ **Kategorie A:** Kapilläre Schürfung / Mikroschnitt (Tiefe < 1 mm) -> Spülung, Desinfektion, elastisches Wundschnellpflaster.
- ✓ **Kategorie B:** Glatte Schnittwunde (Tiefe 1–5 mm, adaptierbar) -> Spülung, Antiseptik, Wundnahtstreifen, sterile Vlieskompresse.
- ✓ **Kategorie C:** Tiefe Schnitt-/Risswunde (> 5 mm, klaffend) -> Druckstillung, sterile Wundauflage, Notruf / chirurgischer Wundverschluss.
- ✓ **Kategorie D:** Arterielle / stark venöse Blutung -> Direkte Kompression, Druckverband mit Druckpolster, Schocklage, sofortiger Notruf 112.

⚠ WARNZEICHEN EINER WUNDINFEKTION



Überwachen Sie den Wundverlauf: Zunehmende Rötung über die Wundränder hinaus, pochende Schmerzen, Schwellung, Überwärmung oder eitriges Sekret erfordern sofortige ärztliche Abklärung.

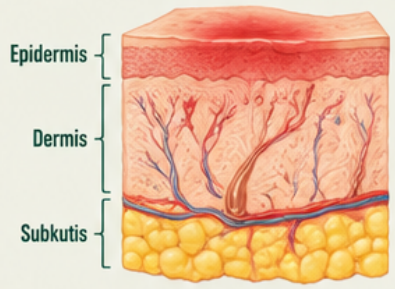
EINSATZPROTOKOLL & WUNDÜBERWACHUNG

Dokumentieren Sie die durchgeführten Maßnahmen und den Zeitverlauf lückenlos. Diese Angaben sind bei einer anschließenden Übergabe an den Rettungsdienst oder den behandelnden Arzt von entscheidender Bedeutung.

NAME DER VERLETZTEN PERSON & UHRZEIT DER VERLETZUNG	_____
VERLETZUNGSURSACHE (z. B. Glasscherbe, Säge, Messer, Blechkante)	_____
WUNDLOKALISATION UND GESCHÄTZTE WUNDTIEFE / -LÄNGE	_____
DURCHGEFÜHRTE SOFORTMASSNAHMEN (Spülung, Antiseptikum, Nahtstreifen, Druckverband)	_____ _____
DURCHBLUTUNG, MOTORIK, SENSIBILITÄT PERIPHER DER WUNDE GEPRÜFT (DMS-KONTROLLE)	_____
DATUM DER LETZTEN BEKANNTEN TETANUS-IMPFUNG	_____
FORTLAUFENDE BEOBACHTUNG: BLUTUNG GESTOPPT / SCHMERZEN / SCHWELLUNG	_____ _____

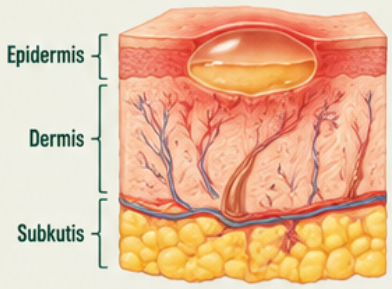
THERMISCHE TRAUMATA: EINSTUFUNG & SCHUTZ

GRAD 1: EPIDERMIS



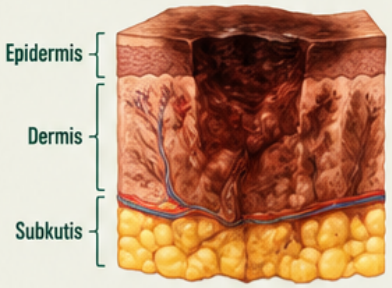
Rötung und Schwellung der obersten Hautschicht.

GRAD 2: DERMIS MIT BLASENBILDUNG



Blasenbildung und feuchter Wundgrund in der Dermis.

GRAD 3: SUBKUTIS VOLLHAUTNEKROSE



Zerstörung der gesamten Hautschichten bis in die Subkutis.

Edukative Illustration – keine medizinische Diagnose

WICHTIGER HINWEIS UND HAFTUNGSAUSSCHLUSS

Dieser Leitfaden dient ausschließlich der allgemeinen Information und der Vorbereitung auf Notfallsituationen. Er stellt keine medizinische Diagnose, Behandlungsempfehlung oder Zertifizierung durch Fachpersonal dar. Bei akuten Verletzungen oder lebensbedrohlichen Zuständen muss unverzüglich der Rettungsdienst (Notruf 112) alarmiert werden. Die hier aufgeführten Maßnahmen dienen der Überbrückung bis zum Eintreffen professioneller Hilfe.

- Eigensicherung geht immer vor Fremdhilfe.
- Notruf unverzüglich absetzen oder veranlassen (112 in der EU).
- Keine verklebte Kleidung mit Gewalt von Brandwunden abziehen.
- Niemals ungeeignete Hausmittel wie Mehl, Öl oder Zahnpasta auf Verbrennungen auftragen.

GRUNDSATZ DER THERMISCHEN ERSTVERSORGUNG

Rasches Stoppen der Hitzeeinwirkung und gezieltes, begrenztes Kühlen reduzieren Gewebeschäden. Unterkühlung des Gesamtorganismus muss zwingend vermieden werden.

KLASSIFIKATION THERMISCHER GEWEBESCHÄDEN

Die korrekte Einschätzung der Verbrennungstiefe entscheidet über die notwendigen Sofortmaßnahmen und das Risiko eines Verbrennungsschocks.

- **Grad 1 (Epidermal)**: Rötung, Schwellung, starke Schmerzen, intakte Hautbarriere ohne Blasenbildung.
- **Grad 2a/2b (Dermal)**: Rötung mit Blasenbildung, feuchter Wundgrund, ausgeprägte Schmerzhaftigkeit (2a) oder verminderte Schmerzempfindung bei tieferer Zerstörung (2b).
- **Grad 3 (Vollhautnekrose)**: Lederartige, weißliche, braune oder verkohlte Haut, Zerstörung von Nervenendigungen (kaum lokale Schmerzen am Wundgrund, jedoch starke Schmerzen in Randbereichen).

GEFAHR DER UNTERKÜHLUNG

Großflächiges Kühlen mit eiskaltem Wasser birgt Lebensgefahr durch systemische Hypothermie. Bei Erwachsenen mit Verbrennungen über 10 % der Körperoberfläche und bei Kindern stets auf ausgedehnte Kühlung verzichten.

WELCHE TIEFE UND AUSDEHNUNG WEIST DIE BRANDVERLETZUNG AUF?

1 Grad 1 (nur Rötung) oder kleinflächig
Grad 2 (< Handtellergröße)

Lokale Kühlung mit handwarmem bis leicht kühlem Leitungswasser für maximal 10 Minuten. Aseptischer Schutzverband.

2 Grad 2 großflächig, Grad 3 oder Beteiligung von Gesicht, Händen, Gelenken oder Genitalien

Sofort Notruf 112 absetzen. Keine Kühlung bei großflächigem Befall. Keimfreie, lockere Abdeckung mit Verbandtuch. Wärmeerhalt und Schockprophylaxe.

SOFORTMASSNAHMEN & DOKUMENTATION

SOFORTMASSNAHMEN: SCHRITT-FÜR-SCHRITT-ABLAUF

Strukturierte Handlungsabfolge bei akuten Verbrennungen und Verbrühungen für Ersthelfer vor Ort:

1 SCHRITT 1: HITZEQUELLE UNTERBRECHEN & EIGENSICHERUNG



Brennende Kleidung mit Decke ersticken oder am Boden wälzen. Verbrühte Kleidung sofort vorsichtig entfernen, sofern sie nicht mit der Haut verschmolzen ist. Bei elektrischem Strom zuerst Stromkreis unterbrechen.

2 SCHRITT 2: GEZIELTES, MODERATES KÜHLEN



Nur kleinflächige Verbrennungen (unter 10 % Körperoberfläche) sofort mit fließendem, handwarmem Wasser (ca. 15–20 °C) für höchstens 10 Minuten kühlen. Niemals Eis, Eiswasser oder Kältepacks direkt auflegen.

3 SCHRITT 3: ASEPTISCHE WUNDABDECKUNG



Wunde locker und spannungsfrei mit einem metallisierten Brandwundtuch (Verbandtuch) oder steriler Wundauflage abdecken. Keine Salben, Puder oder Hausmittel verwenden. Blasen niemals öffnen.

4 SCHRITT 4: SCHOCKPROPHYLAXE UND WÄRMEERHALT



Betroffene Person in Rettungsdecke (Silberseite nach innen) hüllen. Bei Schocksymptomen (Blässe, kalter Schweiß, Zittern) flach lagern mit leicht erhöhten Beinen, sofern keine Atemnot vorliegt.

5 SCHRITT 5: NOTRUF UND VITALZEICHENKONTROLLE



Rettungsdienst (112) alarmieren. Bewusstsein und Atmung kontinuierlich überwachen. Bei Bewusstlosigkeit mit normaler Atmung: stabile Seitenlage. Bei Atemstillstand: sofortige Reanimation.

SCHNELLREFERENZTAFEL & EINSATZDOKUMENTATION

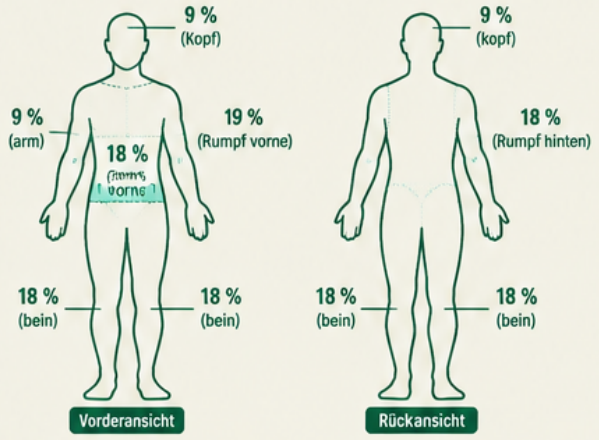
Übersicht zur schnellen Lagebeurteilung und Dokumentation der Erstversorgung für die Übergabe an das Rettungsfachpersonal.

- Neunerregel zur Abschätzung der Fläche: Kopf 9 %, jeder Arm 9 %, Rumpf vorne 18 %, Rumpf hinten 18 %, jedes Bein 18 %, Genitalbereich 1 %.
- Handflächenregel: Die Handfläche des Patienten entspricht etwa 1 % der eigenen Körperoberfläche.

DOKUMENTATIONSPFLICHT FÜR DEN RETTUNGSDIENST

Uhrzeit des Vorfalls, Dauer der Hitzeinwirkung, Beginn und Dauer der Kühlung sowie beobachtete Vitalzeichen exakt notieren.

NEUNERREGEL



Genitalbereich 1 %

EINSATZDOKUMENTATION

Uhrzeit des Unfallereignisses und Unfallursache

Betroffene Körperstellen und geschätzte Ausdehnung (%)

Durchgeführte Maßnahmen (Kühlung Dauer, Verbandstyp)

Vitalzeichen (Atmung, Puls, Bewusstseinszustand) bei Erstkontakt

SICHERHEITSHINWEISE UND WIRBELSÄULENTRAUMA

1 WICHTIGER SICHERHEITSHINWEIS UND RAHMENBEDINGUNGEN

Dieser Leitfaden dient ausschließlich der autodidaktischen Notfallvorsorge und Laien-Ersthilfe bis zum Eintreffen professioneller Rettungskräfte. Die Darstellungen und Handlungsanweisungen stellen keine ärztliche Diagnose, Therapieempfehlung oder Heilversprechen dar. Eine Schulung durch anerkannte Erste-Hilfe-Kurse sowie das sofortige Absetzen des Notrufs (112) haben im Ernstfall stets Vorrang. Dieser Inhalt wurde rein redaktionell für Notlagen aufbereitet und erhebt keinen Anspruch auf eine externe medizinische Zertifizierung.

- **Eigenschutz geht vor:** Gefahrenbereich (z. B. Trümmer, Strom, Absturzkanten) vor Annäherung absichern
- **Notruf 112** unverzüglich veranlassen oder Mithelfende konkret damit beauftragen
- Bewusstseins- und Atmungsprüfung stehen immer an erster Stelle vor der Knochenversorgung

HAFTUNGS- UND PRAXISHINWEIS

Alle technischen Zeichnungen und Darstellungen sind schematische edukative Illustrationen. Eine Manipulation an verletzten Gliedmaßen oder der Wirbelsäule birgt erhebliche Risiken für Nerven und Gefäße.

2 VERDACHT AUF WIRBELSÄULENTRAUMA: EIGENSCHUTZ UND RUHIGSTELLUNG

Stürze aus Höhen, Treppenstürze oder schwere Krafteinwirkungen erfordern immer den strikten Ausschluss bzw. die Absicherung gegen Wirbelsäulenschäden. Jede unbedachte Bewegung kann irreversible Rückenmarksschäden verursachen.

- Patient aktiv anweisen, absolut still zu liegen und den Kopf nicht zu bewegen
- Manuelle Stabilisierung des Kopfes in Neutralposition mit beiden Händen vornehmen
- Keine Umlagerung ohne zwingende Notwendigkeit (wie Atemstillstand oder akute Lebensgefahr durch Umgebung)

ATEMWEGSMANAGEMENT SCHLÄGT WIRBELSÄULENRUHIGSTELLUNG

Ist die Person bewusstlos und hat keine normale Atmung, hat die Wiederbelebung absoluten Vorrang. Ist die Person bewusstlos mit normaler Atmung, muss vorsichtig unter kontinuuirlicher Achsenstabilisierung die stabile Seitenlage erfolgen, um Ersticken zu verhindern.

3 SCHRITT FÜR SCHRITT: MANUELLE IN-LINE CERVICALSPINE-STABILISATION (MILS)

1 Schritt 1: Notfalllage und Ansprechbarkeit prüfen

Aus sicherer Position laut ansprechen: „Hören Sie mich? Bitte bewegen Sie sich nicht!" Ein Nicken oder Kopfschütteln des Patienten sofort verbal unterbinden.



2 Schritt 2: Manuelle HWS-Fixierung (MILS)

Kniend oberhalb des Kopfes die Hände flach seitlich an die Schläfen und Wangenknochen des Patienten legen. Den Kopf achsengerecht zur Wirbelsäule ohne Zug ruhig halten.



3 Schritt 3: Umfeldpolsterung anlegen

Zusammengerollte Decken, feste Kleidungsstücke oder Sandbeutel beidseitig eng an Kopf und Hals anlegen, um ein unwillkürliches Drehen zu verhindern.



4 Schritt 4: Vitalfunktionen lückenlos überwachen

Atmung und Pulsfrequenz regelmäßig prüfen. Den Patienten vor Auskühlung mit einer Rettungsdecke oder Jacken schützen, ohne den Körper zu bewegen.



KOPF-NEUTRALPOSITION



Kopf in neutraler Position, achsengerecht zur Wirbelsäule.

MANUELLE STABILISIERUNG



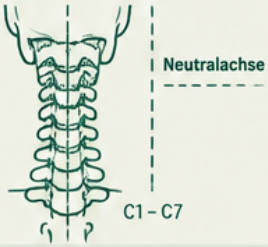
Hände seitlich an Schläfen und Wangenknochen.

SEITLICHE POLSTERUNG



Rollen beidseitig am Kopf und Hals anlegen.

HALSWIRBELSÄULE (SCHEMATISCHE DARSTELLUNG)



(Edukative Darstellung, keine Diagnose oder Behandlungsempfehlung)

Befindet sich die verletzte Person im unmittelbaren Gefahrenbereich oder droht Erstickung?

Akute Lebensgefahr
(z. B. Feuer, Rauch, Bewusstlosigkeit mit Erbrechen)

→ **Rettung über Rautek-Rettungsgriff** unter größtmöglicher Beibehaltung der Längsachse durchführen oder schonend auf die Seite drehen.

Keine akute äußere Gefahr und Person atmet normal

→ In vorgefundener Position belassen, Kopf manuell fixieren und bis zum Eintreffen des Rettungsdienstes beruhigen.

FRAKTURSTABILISIERUNG AN EXTREMITÄTEN MITTELS SCHIENEN

Knochenbrüche und schwere Verstauchungen zeichnen sich durch Schmerzen, Schwellung, Deformität und Funktionsverlust aus. Das primäre Ziel der Laienhilfe ist die Ruhigstellung beider angrenzenden Gelenke, um Gewebeschäden az verhindern.

- Niemals versuchen, verformte Knochen oder ausgerenkte Gelenke selbst einzurenken
- Offene Frakturen mit freiliegenden Knochenteilen ausschließlich keimfrei und drucklos abdecken
- Vor und nach dem Anlegen einer Schiene Durchblutung, Motorik und Sensibilität (DMS-Kontrolle) am distalen Ende prüfen

REGEL DER RUHIGSTELLUNG

Eine funktionale Schienung muss stets das Gelenk oberhalb sowie das Gelenk unterhalb des Bruchs immobilisieren.

1 SCHRITT 1: SICHTPRÜFUNG UND DMS-TEST

Kleidung vorsichtig aufschneiden, nicht ausziehen. Prüfen: Ist der Puls tastbar (Durchblutung)? Kann die Person Zehen/Finger bewegen (Motorik)? Wird Berührung gespürt (Sensibilität)?



2 SCHRITT 2: POLSTERUNG UND SCHIENENFORMUNG

Eine flexible Universalschiene (z. B. SAM-Splint) oder improvisierte Schiene (gepolstertes Brett, Äste) an der gesunden Gegenseite vormodellieren und weich auspolstern.



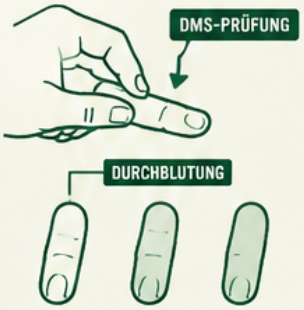
3 SCHRITT 3: SCHIENE VORSICHTIG ANBRINGEN

Die Schiene behutsam an das verletzte Glied anlegen. Mit elastischen Binden oder Dreiecktüchern fixieren. Nicht direkt über der Frakturstelle knoten.



4 SCHRITT 4: NACHKONTROLLE DER ZIRKULATION

DMS-Kontrolle wiederholen. Werden Finger oder Zehen blass, blau oder kalt, die Wicklung sofort lockern.



? Liegt eine geschlossene oder offene Fraktur vor?

Offene Fraktur
(Knochen sichtbar oder Wunde im Bruchbereich)
Keimfreie Wundauflage locker auflegen, keine Salben oder Desinfektionssprays in die Tiefe einbringen, Schiene seitlich stabilisierend anbringen.

Geschlossene Fraktur
(Haut intakt, starke Fehlstellung/Schwellung)
Extremität in vorgefundener Schonhaltung weich lagern, Schiene anformen und vorsichtig fixieren.

SCHOCKERKENNUNG UND NOTFALL-LAGERUNG

Starke Schmerzen und innere oder äußere Blutungen nach Traumata fübren häufig zu einem Schockzustand (Hypovolämie, Kreislaufzusammenbruch). Früherkennung rettet Leben.

- Symptome: Blasse, kalte, schweißnasse Haut, Unruhe, schneller schwacher Puls
- Engmaschige Überwachung des Bewusstseinszustands
- Wärmeerhalt ist elementar: Unterkühlung verstärkt Schock und Gerinnungsstörungen

ACHTUNG BEI SCHOCKLAGE

Die Beine dürfen NICHT hochgelagert werden bei Verdacht auf Beckenbruch, Wirbelsäulenverletzung, Schädel-Hirn-Trauma oder Atemnot. In diesen Fällen flach lagern.

1 SCHRITT 1: SITUATION BEWERTEN UND SCHOCKZEICHEN IDENTIFIZIEREN

Patient nach Schwindel und Kältegefühl befragen. Fingernagel-Kapillarfüllungszeit prüfen (Druck auf Fingernagelbett: Farbe muss nach <2 Sekunden zurückkehren).



2 SCHRITT 2: DIFFERENZIERTE LAGERUNG WÄHLEN

BEI ISOLIERTEM SCHOCK (OHNE WIRBELSÄULENTRAUMA)



BEI WIRBELSÄULENTRAUMA, BECKENBRUCH, SCHÄDEL-HIRN-TRAUMA ODER ATEMNOT



3 SCHRITT 3: WÄRMEERHALT SICHERSTELLEN

Rettungsdecke (goldene Seite nach außen, silberne zum Körper) umhüllend anlegen. Auch den Untergrund gegen Kälte isolieren.



4 SCHRITT 4: BETREUUNG UND NOTRUF-UPDATE

Den Patienten beruhigen, stetig ansprechen und der Rettungsleitstelle Anzeichen einer Kreislaufverschlechterung sofort melden.



SCHNELLÜBERSICHT UND NOTFALL-PROTOKOLL

ABCDE-TRAUMASCHEMA

A	B	C	D	E
ATEMWEGE	**BEATMUNG**	**ZIRKULATION**	**DEFIZIT**	**EXPOSITION**
Atemwege freihalten / HWS-Achse schützen	Beatmung und Atmung kontrollieren	Zirkulation und Schockzeichen prüfen	Defizit / Bewusstsein erfassen	Exposition und Wärmeerhalt absichern

SCHNELLÜBERSICHT & PROTOKOLL: TRAUMA-ERSTVERSORGUNG

Nutzen Sie diese Arbeits- und Referenztafel zur schnellen Orientierung und zur lückenlosen Dokumentation der Vital- und Verletzungsdaten für das eintreffende Rettungsteam.

- A – Atemwege freihalten / HWS-Achse schützen
- B – Beatmung und Atmung kontrollieren
- C – Zirkulation und Schockzeichen prüfen
- D – Defizit / Bewusstsein erfassen
- E – Exposition und Wärmeerhalt absichern

Uhrzeit des Sturzes / Unfallmechanismus (Höhe, Aufprallfläche):

Verdacht auf Wirbelsäulenbeteiligung (Sensibilitätsverlust, Taubheit, Kribbeln):

Lokalisation der Fraktur / Fehlstellung (Extremität / Gelenk):

DMS-Kontrolle (Durchblutung, Motorik, Sensibilität) vor Schienung:

DMS-Kontrolle nach Schienung:

Verlauf Vitalzeichen (Uhrzeit, Puls, Atmung, Ansprechbarkeit):

VITALZEICHEN

UHRZEIT	PULS (/min)	ATMUNG (/min)	ANSPRECHBARKEIT

KRITISCHE BLUTUNGEN: GRUNDLAGEN & STUFENKONZEPT

WICHTIGER RECHTLICHER & MEDIZINISCHER HINWEIS

Dieses Dokument dient ausschließlich der edukativen Information im Rahmen der privaten Notfallvorsorge. Es ersetzt keinesfalls professionelle medizinische Versorgung, qualifizierte Erste-Hilfe-Schulungen oder das sofortige Absetzen des Notrufs (112). Führen Sie Maßnahmen nur im Rahmen Ihrer persönlichen Kenntnisse durch.

- Eigensicherung beachten: Einweghandschuhe tragen und Gefahrenbereich sichern.
- Notruf 112 unverzüglich absetzen oder eine anwesende Person explizit damit beauftragen.
- Maßnahmen niemals verzögern; stufenweises Vorgehen nach Blutungsintensität wählen.

EDUKATIVE ILLUSTRATIONEN

Alle visualisierten Darstellungen und Schemata sind rein edukative Illustrationen und stellen weder eine ärztliche Diagnose noch eine individualisierte Behandlungsempfehlung dar.

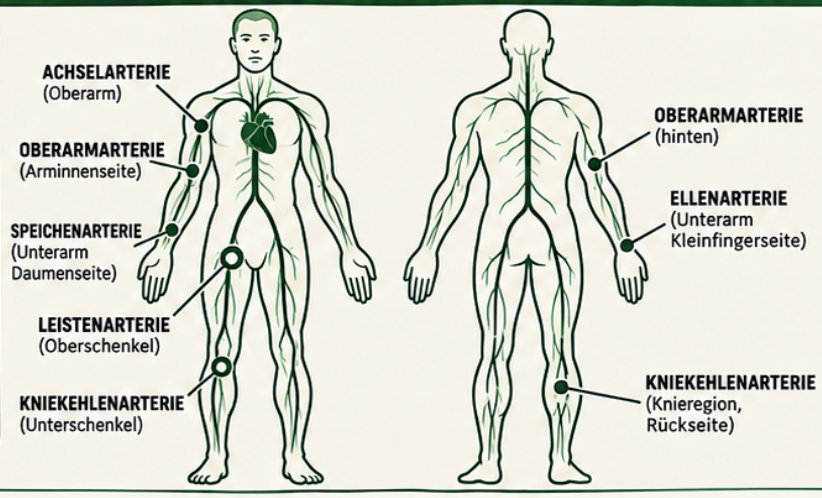
EDUKATIVE ILLUSTRATION - KEINE BEHANDLUNGSEMPFEHLUNG

DRUCKPUNKTE AN DEN EXTREMITÄTEN

Durch gezielten, festen Druck auf große, oberflächlich verlaufende Arterien kann der Blutfluss einer blutenden Extremität vorübergehend reduziert werden.

● = Wichtiger Druckpunkt (Arterie)

= Hauptarterienverlauf (schematisch)



DETAIL: DRUCKPUNKT (PRINZIP)



Fester, direkter Druck mit den Fingern auf die Arterie zwischen Muskel und Knochen.

ENTSCHEIDUNGSMATRIX: STUFENKONZEPT DER HÄMOSTASE

Wählen Sie anhand der Blutungsdynamik sofort die geeignete Maßnahme. Ziel ist die rasche Unterbindung lebensbedrohlichen Blutverlusts bei Extremitätenverletzungen.

- **Stufe 1:** Manueller Druck auf die Wundstelle mit keimfreier Wundauflage.
- **Stufe 2:** Klassischer Druckverband oder elastischer Notfallverband mit integriertem Druckbügel.
- **Stufe 3:** Tourniquet-Anlage proximal der Blutungsstelle bei spritzenden oder unstillbaren arteriellen Blutungen.

WARNUNG VOR GEWEBESCHÄDEN

Ein Tourniquet darf ausschließlich an Extremitäten (Oberarm, Oberschenkel, Unterarm, Unterschenkel) und niemals über Gelenken oder am Hals angelegt werden. Ein angelegtes Tourniquet keinesfalls eigenmächtig lockern.

WELCHE BLUTUNGSCHARAKTERISTIK LIEGT AN DER VERLETZTEN EXTREMITÄT VOR?

GLEICHMÄSSIGER, DUNKLER BLUTFLUSS OHNE SPRITZENDE FONTÄNE



Manuelle Direktkompression starten und zügig einen standardisierten Druckverband anlegen. Extremität hochlagern, sofern keine Fraktur vermutet wird.

PULSIERENDE, SPRITZENDE ODER SCHWALLARTIGE ARTERIELLE BLUTUNG



Sofort Tourniquet 5 bis 7 cm oberhalb der Wunde (herznah) anlegen. Knebel drehen, bis Blutung und peripherer Puls stoppen. Zeit notieren.

WUNDVERBAND BLUTET TROTZ KORREKTEM DRUCKVERBAND RASCH DURCH



Ersten Verband belassen, zweiten Druckverband darüber anlegen oder unverzüglich auf ein Tourniquet eskalieren.

PRAXIS-LEITFADEN: DRUCKVERBAND & TOURNIQUET-ANLAGE

SCHRITT-FÜR-SCHRITT-ANLEITUNG: DRUCKVERBAND ANLEGEN

Der Druckverband ist das Standardverfahren bei stark blutenden, aber nicht spritzenden Wunden.

1 SCHRITT 1: WUNDAUFLAGE POSITIONIEREN



Eine sterile Kompresse oder Verbandtuch direkt auf die blutende Wunde auflegen. Manuellen Druck beibehalten.

2 SCHRITT 2: FIXIERWICKLUNGEN



Die Wundauflage mit zwei bis drei festen kreisförmigen Touren einer elastischen Mullbinde fixieren.

3 SCHRITT 3: DRUCKPOLSTER AUFSETZEN



Ein unbenutztes, fest gerolltes Verbandpäckchen direkt über dem Wundzentrum als Druckkörper platzieren.

4 SCHRITT 4: FEST UMWICKELN UND SICHERN



Die Binde unter stetigem Zug kreuzweise um das Polster wickeln, straff verknoten oder mit Heftpflaster sichern. Periphere Durchblutung prüfen.

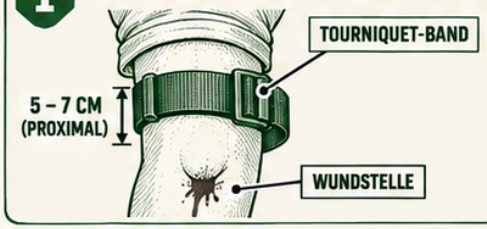
SCHRITT-FÜR-SCHRITT-ANLEITUNG: TOURNIQUET-APPLIKATION

Anlage eines Abbindesystems bei lebensbedrohlichen arteriellen Massenblutungen an Armen oder Beinen.

UHRZEIT ZWINGEND DOKUMENTIEREN

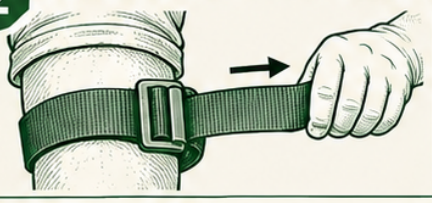
Die genaue Uhrzeit der Applikation muss mit einem wasserfesten Stift gut sichtbar auf dem Beschriftungsfeld des Tourniquets vermerkt werden.

1 SCHRITT 1: BAND HERZNAH ANLEGEN



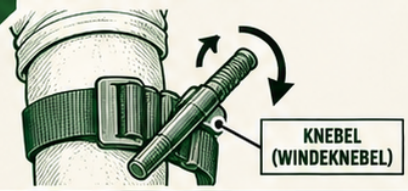
Das Band der Abbindehilfe 5 bis 7 cm proximal der Wundstelle um die Extremität legen (nicht direkt über Gelenken platzieren).

2 SCHRITT 2: BAND MAXIMAL STRAFF ZIEHEN



Das Gurtband durch die Schnalle fädeln und mit maximaler Kraft strammziehen, sodass kein Finger mehr darunter passt. Klettband fixieren.

3 SCHRITT 3: KNEBEL ROTIEREN BIS BLUTSTILLUNG



Den Windeknebel so lange drehen, bis die arterielle Blutung vollständig sistiert und der distale Puls nicht mehr tastbar ist.

4 SCHRITT 4: KNEBEL ARRETIEREN UND ZEIT ERFASSEN



Den Knebel im Sicherungshaken einrasten, das Halteband schließen und die genaue Uhrzeit leserlich auf dem Zeitstreifen eintragen.

NOTFALL-SCHNELLÜBERSICHT & ÜBERGABEPROTOKOLL

KURZÜBERSICHT: WICHTIGE NOTFALLSCHRITTE



BLUTUNG STOPPEN

Starken Druck direkt auf die Wunde ausüben und Auflage fixieren.



TOURNIQUET ANLEGEN

Bei nicht stillbarer, starker Blutung oberhalb der Wunde anlegen und Uhrzeit notieren.

112 ABSETZEN

Notruf wählen, Situation kurz und klar melden (Was? Wo? Wie viele Betroffene?).

PROTOKOLLTAFEL: NOTFALL-MONITORING & DOKUMENTATION

Nutzen Sie diese Arbeitsfläche während des Notfalls zur Übergabevorbereitung für den Rettungsdienst.

- Patienten engmaschig auf Anzeichen eines Schocks (Blässe, kalter Schweiß, Verwirrtheit) überwachen.
- Bereitschaft zur Schocklagerung oder stabilen Seitenlage sicherstellen.



GENAUE UHRZEIT DER TOURNIQUET-ANLAGE (HH:MM) _____

GENAUE LOKALISATION (z. B. RECHTER OBERSCHENKEL, 10 cm OBERHALB KNIE) _____

UHRZEIT DES ABGESETZTEN NOTRUFS 112 & RÜCKMELDE-DATEN DER LEITSTELLE _____

VITALZEICHEN-KONTROLLE (ATMUNG, PULS TASTBAR, BEWUSSTSEIN) _____ _____

BESONDERE BEOBACHTUNGEN / NACHBLUTUNGEN / GETROFFENE BEGLEITMAßNAHMEN _____ _____

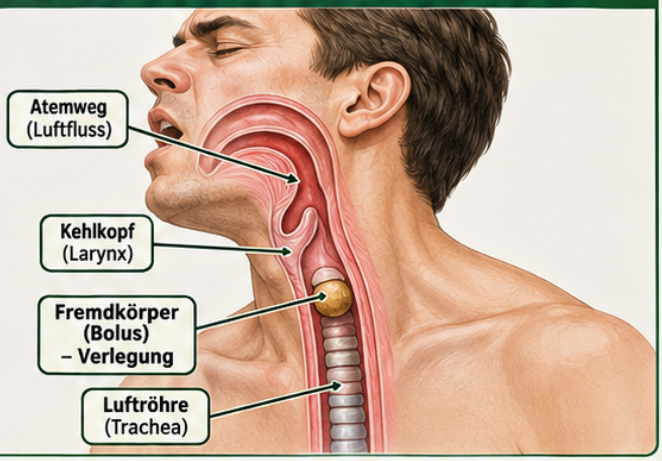
DIAGNOSTIK UND HANDLUNGSENTSCHEIDUNG BEI FREMDKÖRPERASPIRATION

ERKENNUNG UND ERSTEINSCHÄTZUNG DER ATEMWEGSVERLEGUNG

Eine akute Bolusaspiration entsteht, wenn ein Fremdkörper wie Nahrungsteile oder Kleinteile in den Kehlkopf oder die Luftröhre gerät. Vor jeder physischen Intervention ist eine präzise Differenzierung zwischen milder (effektiver) und schwerer (ineffektiver) Atemwegsverlegung zwingend erforderlich, um Folgeschäden durch unnötige Manöver zu vermeiden.

- **MILDE VERLEGUNG (EFFEKTIV):** Betroffene Person kann laut husten, sprechen und atmen. Ruhe bewahren und kontinuierlich zum kräftigen Aushusten ermutigen. Keine Schläge auf den Rücken ausführen.
- **SCHWERE VERLEGUNG (INEFFEKTIV):** Betroffene Person kann weder sprechen noch atmen, greift sich oft an den Hals, zeigt Stridor (pfeifende Atemgeräusche) oder wird zyanotisch (Blaufärbung von Lippen und Gesicht).
- **SOFORTIGES HANDELN:** Bei ineffektivem Husten unverzüglich den Notruf (112) veranlassen oder Begleitpersonen laut dazu anweisen.

EDUKATIVE DARSTELLUNG: ATEMWEGSVERLEGUNG



HUSTEN DIFFERENZIEREN: EFFEKTIV ODER INEFFEKTIV?

EFFEKTIVER HUSTEN (MILDE VERLEGUNG)



- ✓ Lautes Husten
- ✓ Kann sprechen
- ✓ Kann atmen

INEFFEKTIVER HUSTEN (SCHWERE VERLEGUNG)



- ✗ Kein Ton / stummer Husten
- ✗ Atemnot
- ✗ Stridor (pfeifende Atemgeräusche)
- ✗ Zyanose (Blaufärbung)

WICHTIGER SICHERHEITSHINWEIS & HAFTUNGSAUSSCHLUSS

Dieser Leitfaden dient ausschließlich Informations- und Bildungszwecken und ersetzt keine professionelle rettungsdienstliche Versorgung sowie keinen Notruf (112). Eine Durchführung abdominaler Kompressionen kann innere Organe verletzen; Betroffene müssen im Anschluss stets ärztlich untersucht werden.

KANN DIE BETROFFENE PERSON KRÄFTIG HUSTEN UND ANTWORTEN?

JA: HUSTENSTOSS IST LAUT UND KRÄFTIG



Nicht eingreifen!
Zum Weiterhusten animieren, aufmerksam überwachen und Zustand kontinuierlich reevaluieren.

NEIN: KEIN TON, STUMMER HUSTEN, ATEMNOT ODER ZYANOSE



Sofort Notruf 112 veranlassen.
Unverzüglich mit der Sequenz aus 5 Rückenschlägen und 5 Oberbauchkompressionen beginnen.

SCHRITT-FÜR-SCHRITT-ANLEITUNG: PHYSISCHE RETTUNGSTECHNIKEN

SCHRITT-FÜR-SCHRITT-ANLEITUNG: PHYSISCHE SOFORTMASSNAHMEN

Folgen Sie bei schwerer Fremdkörperaspiration bei Erwachsenen und Kindern ab 1 Jahr dem international etablierten Wechselzyklus von Schlägen zwischen die Schulterblätter und abdominalen Druckstößen.

1 SCHRITT 1: OBERKÖRPER NACH VORNE BEUGEN



Stellen Sie sich seitlich leicht hinter die betroffene Person. Stützen Sie die Brust mit einer Hand flach ab und beugen Sie den Oberkörper des Patienten weit nach vorne, sodass die Schwerkraft das Heraustreten des Fremdkörpers unterstützt.

2 SCHRITT 2: BIS ZU 5 KRÄFTIGE RÜCKENSCHLÄGE AUSFÜHREN



Geben Sie mit dem Handballen der freien Hand bis zu 5 gezielte, schlagartige Stöße mittig zwischen die Schulterblätter. Überprüfen Sie nach jedem einzelnen Schlag, ob der Fremdkörper gelöst wurde. Wenn ja, Manöver sofort beenden.

3 SCHRITT 3: ABDOMINALE KOMPRESSIONEN (HEIMLICH-HANDGRIFF) VORBEREITEN



Führen 5 Rückenschläge zu keinem Erfolg, treten Sie hinter den Patienten. Legen Sie beide Arme von hinten um dessen Oberbauch und neigen Sie die Person leicht nach vorn.

4 SCHRITT 4: POSITIONIERUNG DER FAUST



Ballen Sie eine Hand zur Faust und platzieren Sie die Daumenseite mittig auf den Oberbauch – genau zwischen Bauchnabel und dem unteren Ende des Brustbeins (Schwertfortsatz/Xiphoid). Niemals direkt auf den Rippenbogen oder das Brustbein drücken.

5 SCHRITT 5: BIS ZU 5 RUCKARTIGE STÖSSE NACH HINTEN-OBEN



Umfassen Sie die Faust mit der anderen Hand und ziehen Sie diese ruckartig und schräg nach innen und oben (in Richtung Zwerchfell). Maximal 5 Mal wiederholen, nach jedem Stoß Mundraum auf gelösten Gegenstand kontrollieren.

6 SCHRITT 6: SEQUENZ FORTSETZEN ODER REANIMATION EINLEITEN



Wechseln Sie kontinuierlich im Rhythmus 5 Rückenschläge zu 5 Oberbauchkompressionen. Verliert die Person das Bewusstsein, legen Sie sie vorsichtig auf den Boden, rufen Sie erneut den Notruf und beginnen Sie sofort mit der kardiopulmonalen Reanimation (30 Herzdruckmassagen : 2 Beatmungsversuche).

RÜCKENSCHLÄGE ZWISCHEN DIE SCHULTERBLÄTTER



ABDOMINALE KOMPRESSIONEN (HEIMLICH-HANDGRIFF)



WECHSELZYKLUS – SO GEHEN SIE VOR



WECHSELN SIE DIESEN ZYKLUS KONTINUIERLICH, BIS DER FREMDKÖRPER GELÖST IST ODER DIE PERSON DAS BEWUSSTSEIN VERLIERT.

OUTDOOR-PRAXIS-SERIE

PRAXIS-KARTE 3/3

ERSTE-HILFE-REFERENZTAFEL UND EINSATZDOKUMENTATION

SCHNELLZUGRIFFS-TAFEL: MASSNAHMEN IM ERNSTFALL

Kompakte Referenzübersicht für die Sekundenschnelle am Einsatzort:

1 LEICHTE ATEMNOT (Husten möglich)

- Ermutigen zum Husten.
- Vitalzeichen beobachten.



2 SCHWERE ATEMNOT (Husten unmöglich)

- Notruf 112 absetzen.
- **5** Rückenschläge zwischen die Schulterblätter.



3 ERFOLGLOS

- **5** Oberbauchkompressionen (Faust zwischen Nabel und Brustbein, Stoß nach innenoben).



4 ERFOLGLOS

- Zyklus **5:5** wiederholen, bis Fremdkörper entfernt ist oder Bewusstlosigkeit eintritt.

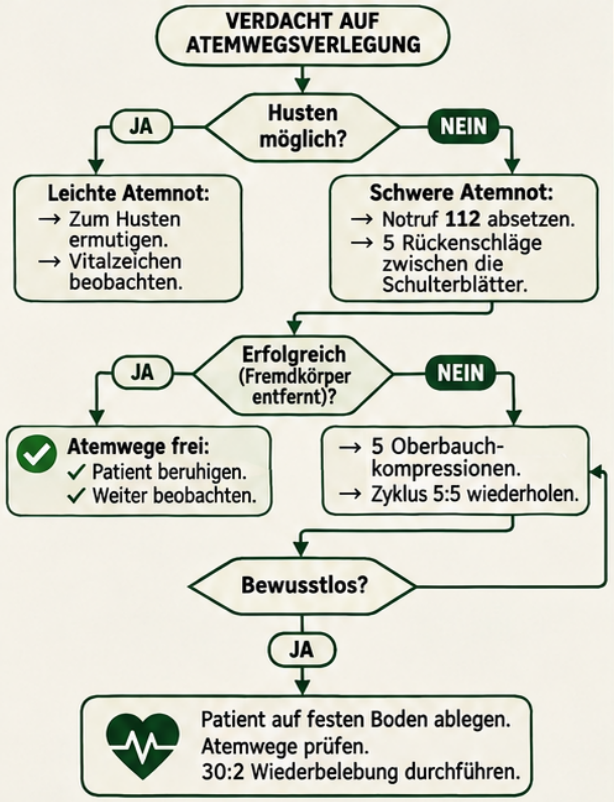


5 BEWUSSTLOSIGKEIT

- Patient auf festen Boden ablegen.
- Atemwege prüfen.
- **30:2** Wiederbelebung durchführen (30 Herzdruckmassagen, 2 Beatmungen).



ENTSCHEIDUNGS-FLUSSPLAN: ATEMWEGSVERLEGUNG DURCH FREMDKÖRPER



HINWEIS ZU ANATOMISCHEN ILLUSTRATIONEN

Alle grafischen Darstellungen sind rein edukative Schemata zur Veranschaulichung der anatomischen Orientierungspunkte (Rücken/Oberbauch) und stellen keine telemedizinische Einzelfallberatung dar.

EINSATZDOKUMENTATION – ÜBERGABEINFORMATIONEN

Uhrzeit des Eintritts der Atemwegsverlegung: _____

Notruf 112 abgesetzt um (Uhrzeit / Name Meldender): _____

Art des vermuteten Fremdkörpers (z. B. Fleischstück, Plastik): _____

Beobachtete Vitalzeichen und durchgeführte Zyklen: _____

AKUTSITUATIONEN: BEWUSSTLOSIGKEIT UND STABILE SEITENLAGE

EDUZIERTE NOTFALL-GRAFIK – KEINE DIAGNOSE

WICHTIGER RECHTLICHER UND MEDIZINISCHER HINWEIS

Dieser praktische Leitfaden dient ausschließlich der allgemeinen Information und edukativen Orientierung im Rahmen der Notfallvorsorge. Er ersetzt unter keinen Umständen professionelle medizinische Beurteilungen, rettungsdienstliche Diagnosen oder Behandlungen vor Ort. Im Ernstfall muss unverzüglich der Rettungsdienst alarmiert werden.

- In lebensbedrohlichen Situationen stets sofort den Notruf wählen (Europa: 112).
- Eigene Sicherheit geht immer vor: Unfallstelle sichern, bevor Hilfe geleistet wird.
- Keine Handlungen durchführen, die die betroffene Person zusätzlich gefährden.

GRUNDSÄTZLICHER NOTFALLHINWEIS

Die dargebotenen Abläufe sind zur laienbasierten Erstüberbrückung bis zum Eintreffen des Rettungsdienstes konzipiert. Diese Druckunterlage beinhaltet keine fachärztliche Zertifizierung.

BEWUSSTLOSIGKEIT: ERKENNUNG UND STABILE SEITENLAGE

Reagiert eine Person weder auf lautes Ansprechen noch auf sanftes Rütteln an den Schultern, liegt eine Bewusstlosigkeit vor. Ist die Spontanatmung vorhanden, muss unverzüglich die Stabile Seitenlage hergestellt werden, um die Atemwege durch Herabsinken der Zunge oder Aspiration von Erbrochenem nicht zu blockieren.

- **Atmung prüfen:** Kopf nackenwärts beugen, Kinn anheben, bis zu 10 Sekunden lang hören, sehen und fühlen.
- **Bei normaler Atmung:** Stabile Seitenlage sofort herbeiführen.
- Atmung kontinuierlich bis zur Ankunft professioneller Einsatzkräfte überwachen.

ATEMKONTROLLE

Fehlt eine normale Atmung oder bestehen nur unregelmäßige Schnappatemzüge, muss sofort die Herz-Lungen-Wiederbelebung (30 Druckmassagen, 2 Beatmungen) eingeleitet werden.

DIE STABILE SEITENLAGE: SCHRITT FÜR SCHRITT

1 ARM AUSRICHTEN



Den dem Ersthelfer zugewandten Arm des Patienten im rechten Winkel nach oben abwinkeln, Handfläche zeigt nach oben.

2 GEGENSEITIGEN ARM HERÜBERFÜHREN



Den fernen Arm über die Brust greifen und den Handrücken an die Wange der zugewandten Seite legen.

3 BEIN ANWINKELN UND DREHEN



Das ferne Bein am Knie greifen, hochstellen und die Person vorsichtig zu sich herüberziehen.

4 ATEMWEGE SICHERN



Das oben liegende Bein rechtwinklig stabilisieren, den Kopf nackenwärts überstrecken und den Mund leicht öffnen.

ARM ANWINKELN → HAND AN WANGE → KNIE ANZIEHEN → KOPF ÜBERSTRECKEN

ATMET DIE BEWUSSTLOSE PERSON NORMAL?

JA, REGELMÄSSIGE ATEMZÜGE SPÜRBAR

Sofort in die Stabile Seitenlage bringen, Notruf 112 absetzen, Atmung kontinuierlich kontrollieren.

NEIN ODER UNKLARE SCHNAPPATMUNG

Notruf 112 absetzen und unverzüglich Reanimation mit Herzdruckmassage im Rhythmus 30:2 beginnen.

AKUTSITUATIONEN: THERMISCHE NOTFÄLLE & ANAPHYLAXIE

THERMISCHE NOTFÄLLE: HYPOTHERMIE UND HYPERTHERMIE

Abweichungen der Kernkörpertemperatur stellen schwere Notfälle dar. Bei Unterkühlung (Hypothermie) muss Wärmeverlust gestoppt und ein Bergungstod vermieden werden. Bei Hitzenotständen (Hyperthermie, Hitzschlag) steht die zügige, aber kontrollierte Kühlung im Vordergrund.

ÜBERSICHT – DAS WICHTIGSTE

- **Unterkühlung:** Nasse Kleidung zügig entfernen, in Rettungsdecke oder trockene Decken einwickeln, ruckartige Bewegungen meiden.
- **Hitzschlag:** Sofort in den kühlen Schatten bringen, beengende Kleidung lockern, Kopf und Nacken mit feuchten Tüchern kühlen.
- Keine alkoholischen oder extrem heißen/kalten Getränke verabreichen.



VORSICHT BEI STARKER UNTERKÜHLUNG

Gliedmaßen bei schwerer Unterkühlung nicht aktiv massieren oder ruckartig bewegen, da kaltes Schalenblut den Herzstillstand auslösen kann.

SCHRITTE – SO GEHST DU VOR

1 WÄRMEREGULIERUNG STOPPEN
Betroffene Person vor Kälte, Wind und Nässe oder direkter Sonneneinstrahlung abschirmen.

2 LAGERUNG ANPASSEN
Unterkühlte flach lagern; bei Hitzeerschöpfung Oberkörper leicht erhöht lagern, sofern Bewusstsein besteht.

3 SCHONENDE TEMPERATURFÜHRUNG
Goldene Seite der Rettungsdecke nach innen zum Wärmeerhalt nutzen; bei Überhitzung feuchte Umschläge anlegen.

ANAPHYLAXIE: SOFORTMASSNAHMEN BEI ALLERGISCHER ERSTREAKTION

Eine schwere allergische Reaktion (Anaphylaxie) kann binnen Minuten nach Kontakt mit Allergenen wie Insektengift, Nahrungsmitteln oder Medikamenten lebensbedrohliche Atemwegsverlegungen und Kreislaufschocks hervorrufen.

ÜBERSICHT – DAS WICHTIGSTE

- **Symptome:** Atemnot, Schwellungen im Gesicht-/Halsbereich, Nesselsucht, Schwindel, Blutdruckabfall.
- **Allergenkontakt** unverzüglich unterbinden (z. B. Stachel vorsichtig wegschieben, nicht quetschen).
- Notfallset/Autoinjektor anwenden, sofern verordnet und griffbereit.
- **Bei Atemnot:** Sitzende Haltung erleichtern; bei Schocksymptomen Beine hochlagern (außer bei gleichzeitiger Atemnot).



ADRENALIN-AUTOINJEKTOR

Falls ein Autoinjektor vorhanden ist, wird dieser mittig in die Außenseite des Oberschenkels injiziert und für die vom Hersteller angegebene Dauer gehalten.

SCHRITTE – SO GEHST DU VOR

1 ALLERGENZUFUHR STOPPEN & NOTRUF 112
Weiteren Kontakt sofort unterbrechen und beim Notruf ausdrücklich den Verdacht auf Anaphylaxie mitteilen.

2 LAGERUNG WÄHLEN
BEI ATEMNOT: AUFRECHT SITZEND | BEI SCHOCK: BEINE ERHÖHT
Bei Atemnot aufrecht sitzend lagern; bei Schocksymptomatik Schocklage (Beine erhöht) einnehmen lassen.

3 NOTFALLMEDIKATION UNTERSTÜTZEN
Dem Betroffenen beim Zugriff auf das persönliche Notfallset assistieren und die Injektion unterstützen.

NOTFALL-SCHNELLREFERENZTAFEL & ÜBERGABEPROTOKOLL

NOTFALL-SCHNELLREFERENZTAFEL & NOTRUF-SCHEMA (5 WS)

Im Ernstfall ermöglicht diese Übersicht die fehlerfreie Übermittlung lebenswichtiger Einsatzdaten an die Leitstelle sowie das strukturierte Vorgehen vor Ort.



1. **WO GESCHIEHT ES?**
   Genaue Ortsangabe, Orientierungspunkte, Zufahrtswege.
2. **WER RUFT AN?**
   Name, Standort und Rückrufnummer angeben.
3. **WAS IST GESCHEHEN?**
   Kurze Schilderung der Art des Notfalls.
4. **WIE VIELE BETROFFENE?**
   Anzahl der Verletzten oder Erkrankten.
5. **WARTEN AUF RÜCKFRAGEN!**
   Niemals als Erster auflegen, bis der Disponent das Gespräch beendet.

NOTRUF-LEITSTELLE



Die Rettungsleitstelle leitet Ersthelfer telefonsich durch lebensrettende Schritte. Lautsprecher am Telefon aktivieren.

LAUFENDES PROTOKOLL FÜR DEN RETTUNGSDIENST

Dokumentieren Sie die erfassten Vitalwerte und eingeleiteten Maßnahmen zur direkten Übergabe an das Rettungsdienstpersonal.

- ☑ Uhrzeit des Notfalleintritts notieren.
- ☑ Veränderungen des Bewusstseinszustands und der Atmung eintragen.

UHRZEIT DES NOTFALLEINTRITTS & ERSTBEFUND

_____

ATMUNG UND PULS (FREQUENZ / QUALITÄT)

_____

EINGELEITETE SOFORTMAßNAHMEN (Z. B. SEITENLAGE, KÜHLUNG, DRUCKVERBAND)

_____

_____

BEKANNTE VORERKRANKUNGEN / EINGENOMMENE MEDIKAMENTE

_____

_____

VITALWERTE (VERLAUF)

UHRZEIT	BEWUSSTSEIN (z. B. wach, ansprechbar)	ATMUNG (/min)	PULS (/min)

ZEITVERLAUF / EREIGNISPROTOKOLL

UHRZEIT	EREIGNIS / VERÄNDERUNG / MAßNAHME