



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 Plavix DOAK Vitamin K-Antagonisten

Klinischer Hinweis auf verstärkte Blutung?

unbekannt nein ja

Zuverlegt

nein ja (bitte Klinik angeben) _____

Unfall-Anamnese

Unfallzeitpunkt

Datum _____._____.20_____

Uhrzeit ____:____ Uhr

Ursache

- Unfall
- Verdacht auf Gewaltverbrechen
- Verdacht auf Suizid

Unfallmechanismus

- stumpf
- penetrierend

Arbeitsunfall?

nein ja

Unfallort heimatnah?

nein ja

Unfallart

Verkehr

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

Sturz

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

Sonstige

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

Sport – Alpin

- Piste
- Skitour
- Lawine
- Mountainbike
- Downhill
- Bergwandern
- Klettern
- Wassersport
- Reiten

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

NAH privat / selbst

Nachforderung NAH: nein ja

MANV: nein ja

Vitalzeichen bei Eintreffen des Rettungsmittels

Atemfrequenz (spontan) _____/min

Sauerstoffsättigung (SpO₂) _____%

Blutdruck (systolisch) _____mmHg

Herzfrequenz _____/min

(E)FAST Sonographie durchgeführt? nein ja

Freie Flüssigkeit? nein ja Pneumothorax? 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 Summe _____

Pupillenweite

Pupillenweite	Lichtreaktion
normal (0)	spontan (0)
Anisokorie (1)	verzögert (1)
beidseits weit (2)	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"/>

- Mit neurologischen Ausfällen? nein ja

- Wenn ja: Parese Plegie | HWS BWS LWS

	keine	leicht	mittel	schwer	geschlos-sen	offen
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"/>
Kapnometrie durchgeführt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Videolaryngoskopie	<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

Indikation Schockraum

- Pathologische Befunde (A-B-C-D-E Problem)
- Verletzungsmuster
- Unfallmechanismus
- Geriatischer / polymorbider Patient

Vitalzeichen

Atemfrequenz (spontan) _____ /min
 Sauerstoffsättigung (SpO₂) _____ %
 Blutdruck (systolisch) _____ mmHg
 Herzfrequenz _____ /min
 Temperatur _____ °C

Atmung

Bereits bei Ankunft beatmet? nein ja

Wenn ja:

FiO₂ _____ % oder Dezimalwert*

PaO₂ _____ 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 Summe _____

Pupillenweite

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

Labor

Hämoglobin _____ g/dl oder mmol/l*
 Thrombozytenzahl _____ / μ l oder gpt/l*
 TPZ (Quick) _____ %
 PTT _____ sek
 INR _____ [ohne Einheit]
 Base Excess (-/+) _____ mmol/l
 Blutzucker _____ mmol/l oder mg/dl
 Ethanol (Plasma) _____ μ mol/l, mg/dl oder ‰*
 Fibrinogen _____ μ mol/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
Wurde Teleradiologie genutzt?	nein <input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>	

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 Notfalleingriffe 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 (die Einheiten können über das Support-Team der AUC eingestellt werden. Wenden Sie sich hierzu per Mail an support@auc-online.de)



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*

Gerinnungsdiagnostik	nein	ja	Medikamentöse Gerinnungstherapie	nein	ja	Zeit ersten Gabe
Klinischer Hinweis auf Gerinnungsstörung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tranexamsäure	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____:_____ Uhr
ROTEM durchgeführt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Fibrinogen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____:_____ Uhr
ROTEM path. Befund:			DOAK-Antidot	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	(ohne Uhrzeit)

Weiterversorgung

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

C: Intensivstation

Aufnahme	Aufenthaltsdauer/ Beatmungstherapie	nein	ja	Dauer in Stunden oder Tagen*
Datum: _____, 20_____ Uhrzeit: _____:_____ Uhr	Intensivtherapie (exkl. IMC)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Labor / Vitalwerte	Mechanische Beatmung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Hämoglobin _____ g/dl oder mmol/l*	Therapie	nein	ja	
Thrombozytenzahl _____ / μ l oder gpt/l*	Nierenersatzverfahren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
TPZ (Quick) _____ %	ECMO (Extrakorporaler Lungensupport)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
PTT _____ sek	Organversagen (SOFA-Score > 2)	nein	ja	
INR _____ [ohne Einheit]	Atmung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Base Excess (-/+) _____ mmol/l	Koagulation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Fibrinogen _____ μ mol/l oder g/dl*	Leber	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Temperatur _____ °C	Herz-Kreislauf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Hämostase-Therapie	ZNS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
(innerhalb der ersten 48 Stunden NACH Aufnahme auf die ICU)	Niere	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Bluttransfusion (EK) _____ Einheiten	MOV	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Frischplasma (FFP) _____ Einheiten oder ml*	Sepsis (neue Definition)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Thrombozytenkonzentrat _____ Einheiten oder ml*	<u>Wenn ja:</u> Fokus			
Medikamentöse Gerinnungstherapie	<input type="radio"/> Katheter			
(innerhalb der ersten 48 Stunden NACH Aufnahme auf die ICU)	<input type="radio"/> Lunge			
Tranexamsäure _____	<input type="radio"/> Wunden			
Fibrinogen _____	<input type="radio"/> Urosepsis			
PPSB _____	<input type="radio"/> Abdomen			
Faktor XIII _____	<input type="radio"/> Anderer _____			

* Bitte die in Ihrem Haus verwendeten Einheiten unterstreichen (die Einheiten können über das Support-Team der AUC eingestellt werden. Wenden Sie sich hierzu per Mail an support@auc-online.de)

Rot markierte Parameter sind Pflichtfelder!



D1: Abschluss

Patienten-Code: _____

Entlassungs-/Todesdatum

Datum _____ . _____ .20 _____

Uhrzeit _____ : _____ Uhr

Entlassung/Verlegung/Tod

- Direktverlegung in ein anderes Akutkrankenhaus
- Direktverlegung zur Frührehabilitation
- Verlegung in stationäre Anschlussrehabilitation
- Entlassung Pflegeheim/ Altersheim
- Entlassung ins häusliche Umfeld
- Entlassung in Kurzzeitpflege
- Sonstige
- Tod

Erfolgte die Verlegung/ Entlassung ins Ausland?

- nein ja

Zustand bei Entlassung/Verlegung

- gut erholt mäßig behindert
- schwer behindert nicht ansprechbar

Klinikrelevante thromboembolische Ereignisse?

- keine
- Herzinfarkt Lungenembolie
- Tiefe Beinvenenthrombose Apoplex
- Andere thromboembolische Ereignisse

Wenn ja: Bestand Thromboseprophylaxe? nein ja

Rehabilitation

- Keine stationäre Rehabilitation erforderlich
- Stationäre Rehabilitation erforderlich

Ambulante Weiterbehandlung

Welche Weiterbehandlung wurde veranlasst?

- Ambulante Rehabilitation
- Ambulante Physiotherapie
- Ambulante Ergotherapie
- Mobile Rehabilitation
- Keine ambulante Rehabilitation

Bei Direktverlegung in ein anderes Akutkrankenhaus:

Bitte Klinik angeben: _____

Weiterverlegung in ein anderes Krankenhaus aufgrund von akutmedizinischem Interventions-/ Diagnostikbedarf? nein ja

Bei Direktverlegung zur Frührehabilitation:

Art der Frührehabilitation

- Neurologische Frührehabilitation
- Fachübergreifende Rehabilitation
- Geriatrische Rehabilitation

Bei Verlegung in stationäre Anschlussrehabilitation

- Direktverlegung
- Aufnahme im Zeitversatz aus organisatorischen Gründen (bis 14 Tage)
- Aufnahme im Zeitversatz aus medizinischen Gründen (bis 12 Wochen)

Wenn Aufnahme im Zeitversatz: Bis dahin Entlassung...

- ... ins häusliche Umfeld ... in Kurzzeitpflege

Bei Tod:

Therapie-limitierung: nein ja

Grund für Therapiebegrenzung:

- palliativ mutmaßlicher Patientenwille
- schriftlich bekundeter Patientenwille

Todesursache

- SHT Hämorrhagie Organversagen Sonstige

Stationäre Rehabilitation

Ist die Rehabilitationsfähigkeit gegeben (Barthel-Index 75)?

- nein ja

Wenn Rehabilitationsfähigkeit nicht gegeben:

Liegt eine Genehmigung zur Verlegung in eine postakute Traumarehabilitationseinrichtung vor? nein ja

Wenn Genehmigung vorliegt:

Wohin wurde der Patient bei gegebener stationärer Rehabilitationsbedürftigkeit weiterverlegt?

- Anschlussrehabilitation
- Postakute Traumarehabilitation
- keine geeignete Einrichtung gefunden

D2: Diagnosen

Patienten-Code: _____

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)



D3: Diagnosen

Patienten-Code: _____

Verletzung: _____	Diagnosestellung nach Intensiv-Aufnahme <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
AIS-Code: _____ Offene Fraktur? <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	Grad der Weichteilverletzung (I-IV) _____
Operationen: (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) _____

Verletzung: _____	Diagnosestellung nach Intensiv-Aufnahme <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
AIS-Code: _____ Offene Fraktur? <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	Grad der Weichteilverletzung (I-IV) _____
Operationen: (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) _____

Verletzung: _____	Diagnosestellung nach Intensiv-Aufnahme <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
AIS-Code: _____ Offene Fraktur? <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	Grad der Weichteilverletzung (I-IV) _____
Operationen: (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) _____

Verletzung: _____	Diagnosestellung nach Intensiv-Aufnahme <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
AIS-Code: _____ Offene Fraktur? <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	Grad der Weichteilverletzung (I-IV) _____
Operationen: (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) _____

Verletzung: _____	Diagnosestellung nach Intensiv-Aufnahme <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
AIS-Code: _____ Offene Fraktur? <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	Grad der Weichteilverletzung (I-IV) _____
Operationen: (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) _____

Verletzung: _____	Diagnosestellung nach Intensiv-Aufnahme <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
AIS-Code: _____ Offene Fraktur? <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	Grad der Weichteilverletzung (I-IV) _____
Operationen: (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.