

7-2 Unfallerberhebungsbogen für Strahlenunfälle – Seite 1 (Allgemeine Angaben)

Angaben zum Patienten:

Name: _____ Vorname: _____
Geburtsdatum/geschätztes Alter: _____ Geschlecht: m w
Wohnort: _____ Straße/Nr.: _____
Telefon: _____

Arbeitgeber:

Firma: _____
Ort: _____ Straße/Nr.: _____
Telefon: _____ Fax: _____

Unfallbeschreibung:

Datum: __. __. 19 __; Uhrzeit: __: __ Uhr
Unfallort (ggfs. mit Umgebungsbeschreibung): _____

weitere Leerzeilen

Unfallerehebungsbogen für Strahlenunfälle – Seite 2 **(Unfallskizze (Position des Verletzten zur Strahlenquelle))**

Ort: _____
Datum: __.__.19__; Uhrzeit: __:__ Uhr
Unterschrift: _____
Name in Druckschrift: _____
Dienststellung: _____

Unfallerhebungsbogen für Strahlenunfälle – Seite 3 (Angaben durch Führer ⇒ DEKONTAMINATIONsplatz eintragen lassen)

Kontaminationsnachweis:

Kontamination: Ja Nein

Wenn ja, womit nachgewiesen:

Meßgerät und Sonde: _____

α -Aktivität: Ja Nein

β -Aktivität: Ja Nein

γ -Aktivität: Ja Nein

Wo: (Kontaminierte Stellen auf Piktogramm schraffieren, daneben die dort gemessenen Imp./min. sowie die Art der Aktivität, falls unterschiedlich, angeben!)

Kontaminierte Verletzungen besonders kennzeichnen!

Vorne

hinten

(Einfügen eines menschlichen Piktogramms, z.B. aus dem Originalbogen)

Re

li li

re

Inkorporation: Ja Nein

Wo: _____

Wie: _____

Bezeichnung des rad. Stoffes: _____

Ort: _____

Datum: __. __. 19 __; Uhrzeit: __: __ Uhr

Unterschrift:

Name in Druckschrift: _____

Dienststellung: _____

Unfallerberhebungsbogen für Strahlenunfälle – Seite 4 (Angaben durch Rettungsdienst eintragen lassen)

Patientenbefund (durch Rettungsdienst ausfüllen lassen):

Verletzungen: _____

Allgemeine Symptomatik:

	Ja	nein	stark	mittel	schwach
Schwächegefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übelkeitsgefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erbrechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Blutdruck: _____ mm Hg

Puls: _____ pro min.

Atemfrequenz: _____ pro min.

Körpertemperatur: _____ °C

Wahrnehmungsfähigkeit:

normal gestört bewusstlos komatös

Glasgow-Koma-Scale: _____

Ort: _____

Datum: __. __. 19 __; Uhrzeit: __: __ Uhr

Unterschrift:

Name in Druckschrift: _____

Dienststellung: _____
