

Datum/Uhrzeit: .....

Patient/in: ♀  ♂  geb.: \_\_\_\_\_

**Triageschein Nr.:** .....

Name Vorname

Verletztenanhänger Nr.: .....

Strasse

Ereignisstichwort: .....

PLZ Wohnort

Einlieferungsart :  
 RTH  NAW  RTW  PKW  zu Fuß

**Triage : Behandlungsdringlichkeit / Behandlungsbereich (BB)**

	Uhrzeit	BB Op	BB Intensivst.	BB II	BB III	BB IV	Pat. tot	Namen / Unterschrift
1. Triage								
2. Triage								
3. Triage								
4. Triage								

**1. Triage :**

**Zustand :**

- Bewußtseinsstörung
- Schock
- starke Schmerzen
- psych. Ausnahmezustand
- Respiratorische Insuffizienz
- Lähmungen
- schwere Blutung
- Sonstiges .....

**Schädigungsart :**

- Polytrauma
- Verbrennung / Verätzung
- Intoxikation
- schwere Verletzung
- Inhalationstrauma
- Sonstiges .....

**Betroffene Region:**

- Kopf
- Abdomen
- HWS, BWS, LWS
- obere Extremität
- Thorax
- Rücken
- Becken
- untere Extremität

- Besonderheiten:**  Infektion - Isolation  Dekontamination