

Aufnahme-Nummer:	
Name	Vorname
Geburtsdatum	
Wohnung	
Krankenkasse	
Angehörige	
Telefon	

Nr.	Datum
	Uhrzeit
Einlieferungsart	<input type="checkbox"/> Rettungsdienst
<input type="checkbox"/> zu Fuß	<input type="checkbox"/> PKW <input type="checkbox"/> Sonstige
Verdachtsdiagnose	

Triage	I Kreis- lauf- instabil	II Nicht geh- fähig	III Geh- fähig	IV Keine Therapie- option	Tempera- tur °C	Krankheitszeichen	Verletzungen	Tot
# 1						Herz-Kreislauf <input type="checkbox"/> respiratorisch <input type="checkbox"/> pulmonal <input type="checkbox"/> gastrointestinal <input type="checkbox"/> neurologisch <input type="checkbox"/> dermal <input type="checkbox"/> andere <input type="checkbox"/>	
# 2						Herz-Kreislauf <input type="checkbox"/> respiratorisch <input type="checkbox"/> pulmonal <input type="checkbox"/> gastrointestinal <input type="checkbox"/> neurologisch <input type="checkbox"/> dermal <input type="checkbox"/> andere <input type="checkbox"/>	
# 3						Herz-Kreislauf <input type="checkbox"/> respiratorisch <input type="checkbox"/> pulmonal <input type="checkbox"/> gastrointestinal <input type="checkbox"/> neurologisch <input type="checkbox"/> dermal <input type="checkbox"/> andere <input type="checkbox"/>	

Verbleib

I - Kreislaufinstabil	Infektionsstation Intensivstation Wachstation Sonstige	
II - Nicht gehfähig	Station	
III - Gehfähig	Haus	
IV - Keine Therapieoption	Haus	
Tot	Haus	

