

EREIGNISMELDEFORMULAR

Anmelder	
Name Meldeperson:	
Telefonnummer:	
E-Mail-Adresse	
Händlername:	

Anwenderinformationen	
Land:	
War der Anwender geschult?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wer hat das Training durchgeführt? (wenn bekannt):	

Gerätedaten		
Typ (Bitte einen auswählen)	Seriennummer	Software-Version
<input type="checkbox"/> SAM PAD 300		
<input type="checkbox"/> SAM PAD 300P		
<input type="checkbox"/> SAM PAD 350P		
<input type="checkbox"/> SAM PAD 360P		
<input type="checkbox"/> SAM PAD 450P		
<input type="checkbox"/> SAM PAD 500P		
<input type="checkbox"/> AED		
<input type="checkbox"/> PDU 400		

Zubehör
Sonstiges verwendetes Zubehör
<input type="checkbox"/> Trockentuch
<input type="checkbox"/> Rasierer
<input type="checkbox"/> Beatmungsset
<input type="checkbox"/> Schere
<input type="checkbox"/> Desinfektionstücher
<input type="checkbox"/> Keine
<input type="checkbox"/> Andere

Daten Pad-Pak™		
Typ (Bitte einen auswählen)	Chargen-/Seriennummer	Verfalldatum
<input type="checkbox"/> Für Erwachsene (Pad-Pak)		
<input type="checkbox"/> Für Kinder (Pediatric-Pak)		

Patientendaten	
<input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/> Unbekannt	
Alter in Jahren:	
Uhrzeit der Anwendung (lokal):	
Datum der Anwendung:	

Bereits vorhandene Erkrankungen (wenn bekannt)	
Erkrankungen (Bitte alles Zutreffende auswählen)	Nähere Angaben
<input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus	
<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	
<input type="checkbox"/> Hyperlipidämie	
<input type="checkbox"/> Implantierter Herzschrittmacher	
<input type="checkbox"/> Andere	

Daten zum Ereignis	
Gab es Zeugen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, welche?
Wurde vor dem Einschalten des AED eine Herz-Lungen-Reanimation von einer anwesenden Person durchgeführt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, wie lange?
Wie lange dauerte die Reaktionszeit des Ersthelfers? (vom plötzlichen Herzstillstand bis zum Bereitstellen des AED)	
Hat der Patient geatmet, bevor mit der HLW begonnen wurde?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unbekannt
Hatte der Patient vor Beginn der Herz-Lungen-Reanimation einen Puls?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unbekannt
Wurden Schocks abgegeben?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Ort des Wiederbelebungsversuches

Ort (Bitte einen auswählen)	Nähere Angaben
<input type="checkbox"/> Zu Hause	
<input type="checkbox"/> Büro, Firma, Verwaltung	
<input type="checkbox"/> Medizinische Einrichtung	
<input type="checkbox"/> Sportcenter	
<input type="checkbox"/> Öffentlicher Ort	
<input type="checkbox"/> Andere	
<input type="checkbox"/> Unbekannt	

Herzrhythmus (wenn bekannt)

Herzrhythmus (Bitte einen auswählen)	Nähere Angaben (Bitte zusätzliche Informationen zum Herzrhythmus angeben, wenn bekannt)
<input type="checkbox"/> Kammerflimmern	
<input type="checkbox"/> Ventrikuläre Tachykardie	
<input type="checkbox"/> Pulslose elektrische Aktivität	
<input type="checkbox"/> Asystolie	
<input type="checkbox"/> Sinus-Rhythmus	
<input type="checkbox"/> Nicht schockwürdig	
<input type="checkbox"/> Andere	

Patientenergebnis

Ergebnis (Bitte eines auswählen)	Weitere Angaben
<input type="checkbox"/> Patient bei Einweisung ins Krankenhaus am Leben	
<input type="checkbox"/> Patient konnte aus dem Krankenhaus entlassen werden	
<input type="checkbox"/> Patient hat nicht überlebt	
<input type="checkbox"/> Unbekannt	

Ist das Einsatzgerät für mögliche Untersuchungszwecke verfügbar?
 Ja Nein

Wurde das Ereignis mit der Saver EVO Software heruntergeladen?
 Ja Nein

Wenn nein, hätten Sie gerne eine Druck- oder Download-Version des Einsatzes?
 Druckversion Download-Version Keine

Zusätzliche Anmerkungen/Vorschläge

Forward Hearts

Wurde die überlebende Person über das Forward Hearts Programm von HeartSine informiert?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Möchte die überlebende Person am Forward Hearts Programm teilnehmen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Unterschrift: _____ **Datum:** _____

Bericht/Beschreibung des Saver EVO-Ereignisses

Nur für die Hersteller-Verwendung

Email:
 info@medx5.com

Autorisierter Vertriebspartner:
 MedX5 GmbH & Co. KG, Humboldtstr. 9, Tel. 0821 - 9078000, Fax 0821 90780080

Besonderes