

**German Telemedical Maritime Assistance Service
TMAS Germany – Medico Cuxhaven**

Notruf (Emergency) Tel.: +49 4721 780 oder +49 4721 785
E-mail: medico@tmas-germany.de

**FUNKÄRZTLICHE BERATUNG
RADIO MEDICAL ADVICE**

Auch zur Verfolgung des Krankheitsverlaufs verwendbar.

Entwurf Andreas Graichen Feb 2016; basierend auf Vorlagen von Medico Cuxhaven und Kreuzerabteilung

1. Schiffsname (Name of ship)		2. Rufzeichen (Callsign)		3.1. Telefon		4. Position		
				3.2. e-mail		N / S ° ' "		
						W / E ° ' "		
5. Dringlichkeit (Level of urgency) <input type="checkbox"/> Lebensbedrohlich (emergency) <input type="checkbox"/> Mittel (semi-urgent) <input type="checkbox"/> Niedrig (routine)		6. Bordapotheke (Druglist) A1 A2 B C1 C2		7. Zielhafen		8. Nothafen		
				7.1. Ankunftszeit (ETA)		8.1. Ankunftszeit (ETA)		
9. Datum der Aufnahme (Date)			10. Patient (Name)			11. Geschlecht	12. Alter (Age)	13. Gewicht
9.1. Zeit (Time)						<input type="checkbox"/> männlich (male)		
						<input type="checkbox"/> weiblich (female)		

14. **Angaben zum Unfall / der Erkrankung / der Vorgeschichte**

15. Bewusstsein (Consciousness)	15.1. Ist der Patient wach oder spricht er? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		15.2. Reagiert der Patient auf Ansprache oder Rütteln ? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein				
16. Atmung (Breathing)	16.1. Atemfrequenz /min unregelmäßig <input type="checkbox"/>		16.2. Atmet der Patient normal ? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		16.3. Atemnot ? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
17. Herz / Kreislauf (Heart / Circulation)	17.1. Herzfrequenz /min unregelmäßig <input type="checkbox"/>	17.2. Blutdruck /	17.3. Blutzucker mg/dl	17.4. Blutsauerstoff %	17.5. Brustschmerzen ? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
18. Haut / Aussehen (Skin / Appearance)	18.1. <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> blau - grau <input type="checkbox"/> blass <input type="checkbox"/> schweißig		18.2. Temperatur ? Wo gemessen ?		18.3. Pupillen Eng <input type="checkbox"/> Weit <input type="checkbox"/> Ungleich <input type="checkbox"/>		
19. Weiteres (Others)	19.1. Übelkeit oder Erbrechen		19.2. Urin oder Stuhl Farbe / Häufigkeit		19.3. Alkohol / Drogen		

20. **Verletzungen ?** Art, Ort, durch was

21. **Hauptbeschwerden / Schmerzen / Verlauf** – wo, wie und seit wann, Veränderungen, Art der Schmerzen

22. **Bisher durchgeführte Massnahmen und deren Erfolg**

23. **Verdachtsdiagnose**
