

**0 – Anrufannahme**

Datum		Uhrzeit	
-------	--	---------	--

6 – Einsatzanlage

Angelegt unter Einsatznummer	
------------------------------	--

1 – Abgebende Gesundheitseinrichtung

Name des Krankenhauses, Adresse, Anfahrt	
Genauer Übergabepunkt im Krankenhaus	
Name und Rückrufnummer des abgebenden Arztes	

2 – Aufnehmende Gesundheitseinrichtung

Name des Krankenhauses, Adresse, Anfahrt	
Genauer Übergabepunkt im Krankenhaus	
Name und Rückrufnummer des aufnehmenden Arztes	

3 – Hauptdiagnose

Verlegungsindikation	
----------------------	--

4 – Zeitfenster

<i>Hilfsfragen:</i>	<i>Genauer Übergabezeitpunkt in abgebender Klinik?</i>	<i>Genauer Zeitpunkt der Intervention / Operation in aufnehmender Klinik?</i>
<input type="checkbox"/> Sofortige Verlegung ohne Verzug notwendig	<input type="checkbox"/> Innerhalb von bis zu 3 Std.	<input type="checkbox"/> Größer als 3 Std.

5 – Detaillierte Transportmodalitäten

<i>Patientendaten</i>			
Name, Vorname			
Geburtsdatum		Gewicht	
Isolationspflicht (multiresistente Keime)			
Infektiosität (Kontagiosität)			
<i>Gerätemanagement</i>			
Atmung (Beatmungsgerät / Tracheostoma chirurgisch vs. dilatativ)			
Kreislauf (Katecholamine)			
Sonstige Spritzenpumpen			
<i>Personalqualifikation</i>			
<input type="checkbox"/> Notarzt	<input type="checkbox"/> RettAss/NotSan mit RTW (siehe Checkliste RTW-Notverlegung)	<input type="checkbox"/> KTW	

Kriterien Notverlegung gemäß §2 Absatz 2 Satz 3 Berliner Rettungsdienstgesetz

1. Besteht eine medizinische Dringlichkeit kleiner 3 Stunden?
2. Handelt es sich um eine Aufwärtsverlegung zur höherwertigen Versorgung?
3. Dient der Patiententransport der Gefahrenabwehr im Rahmen der medizinischen Indikationsstellung? – Wenn ja, welche Versorgungskomplexität (Notarzt notwendig) entsteht für den Notfallpatienten?