

Dokumentation im Rettungsdienst

Stand: 21.03.2014

1. Vor Dienstbeginn auch auf der Feuerwehr Hilden anmelden
TEL: 02103-72750
2. Die voraussichtliche Laufzeit dem WAL mitteilen
3. Desinfektionsprotokolle und Rettungsdienstprotokolle in den entsprechenden Ordner im RD-Raum abheften
4. Die Abrechnungsprotokolle im Fernsehraum ablegen.

Dokumente

- Transportschein
- Abrechnungsprotokoll
- Desinfektionsnachweis

Transportschein – Generelle Vorgaben

- Leserlich schreiben
- Im Zweifel nur das Adressfeld ausfüllen – den Rest macht die Abrechnungsstelle
- Bei Fehlern im TS darf **NUR** der ausstellende Arzt Änderungen vornehmen, muss dies mit seiner Unterschrift bestätigen und abstempeln
→ **Urkundenfälschung**
- Es darf kein zweiter Transportschein für die selbe Fahrt ausgestellt werden

Transportschein – Generelle Vorgaben

• **Notfalltransport = Rettungswagen**

– Egal ob RTW, KTW

• **Krankentransport = Krankenwagen**

– Egal ob KTW, RTW

Verordnung einer Krankenförderung 4

Mitteilung von Krankheiten und drittverursachten Gesundheitsschäden gemäß § 294a SGB V

Unfall, Unfallfolgen Arbeitsunfall, Berufskrankheit Versorgungsleiden (BVG u.a.) sonstiger Schaden

1. Hauptleistung

Krankenhausbehandlung voll- oder teilstationär ambulante Operation gem. § 115 b SGB V

Krankenhausbehandlung vor- oder nachstationär Vor- oder Nachbehandlung bei ambulanter Operation

2. Beförderungsmittel Taxi, Mietwagen Krankentransportwagen Rettungswagen Notarztwagen andere

Begründung des Beförderungsmittels (ggf. Angabe ICD-10)

Medizinisch-technische Ausstattung erforderlich: nein Tragestuhl Nicht umsetzbar aus Rollstuhl liegend andere

Von Nach

Wohnung Hinfahrt Rückfahrt ja, folgende:

Arztpraxis Wartezeit (Dauer):

Krankenhaus Gemeinschaftsfahrt (Anzahl Mitfahrer):

andere Beförderungswege

Unterschrift und Stempel des Vertragsarztes

Muster 4 (7.2008)

- **RTW + NEF einer anderen Stadt**

- RTW bekommt separaten Transportschein (RTW auf dem TS ankreuzen)
- Abrechnungsprotokoll + Transportschein zur Abrechnungsstelle

- **NEF Hilden + RTW Hilden**

- Wenn der NA den Patient behandelt schreibt das NEF das Abrechnungsprotokoll

Abrechnungsprotokoll

AOK	BEK	IKK	TKK	BG	UV	Knappschaft
BKK Feuerwehr Hilden						
Name, Vorname			Geb. am			
Müstermann, Fritz			30.02.1965			
Am Feuerwehrhaus 17						
40724 Hilden						
Kassen Nr.	Versicherten Nr.		Status			
Vertragsart Nr.	VK gültig bis		Datum			
			31.01.2013			

- NEF Notfall
- RTW ja
- KTW nein
- 2/3 Gebühr

Trsp. von: Whg AP _____

Krhs Hilden _____

Trsp. nach: Whg AP _____

Krhs Hilden Lukas LKH

Coro Klinikum SG UKD

Hin- und Rücktransport

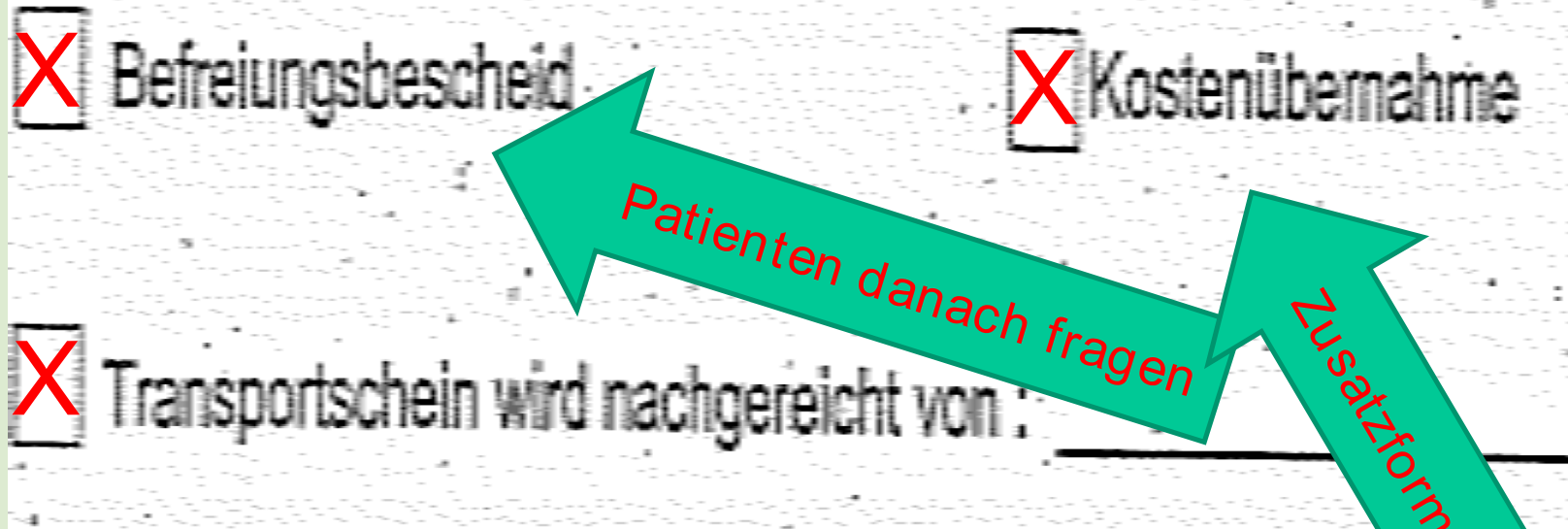
z.B. Hilden, Mittelstr.
Ecke Schulstr.

Langenfeld oder
Düsseldorf

<p>RD Protokoll</p> <p><input type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p>	<p><input type="checkbox"/> EKG</p> <p><input type="checkbox"/> Defibri.</p> <p><input type="checkbox"/> Behandl. im RTW/KTW</p>	<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Notfall</p>
<p>NA Protokoll</p> <p><input type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p>	<p><input type="checkbox"/> Reinigung</p> <p><input type="checkbox"/> Desinfekt.</p> <p><input type="checkbox"/> Sauerstoff</p>	

Egal, ob von RTW oder NEF

Egal, ob von RTW oder NEF



Notfall

ja

nein

RTW / KTW Notfalleinsatz in:	RTW / KTW Krankentransport in:
<input type="checkbox"/> Erkrath <input type="checkbox"/> Haan <input type="checkbox"/> Hilden <input type="checkbox"/> Langerfeld	<input type="checkbox"/> Erkrath <input type="checkbox"/> Haan <input type="checkbox"/> Hilden <input type="checkbox"/> Langerfeld
<input type="checkbox"/> Nonheim <input type="checkbox"/> Mettmann _____ <small>Siehe Karte</small>	<input type="checkbox"/> Nonheim <input type="checkbox"/> Mettmann _____ <small>Siehe Karte</small>

Fehleinsatz RTW / KTW (Notfall) in:	Fehleinsatz RTW / KTW (Transport) in:
<input type="checkbox"/> Erkrath <input type="checkbox"/> Haan <input type="checkbox"/> Hilden <input type="checkbox"/> Langenfeld	<input type="checkbox"/> Erkrath <input type="checkbox"/> Haan <input type="checkbox"/> Hilden <input type="checkbox"/> Langenfeld
<input type="checkbox"/> Monheim <input type="checkbox"/> Mettmann <input type="checkbox"/> _____ <small>Stations eintragen</small>	<input type="checkbox"/> Monheim <input type="checkbox"/> Mettmann <input type="checkbox"/> _____ <small>Stations eintragen</small>

FEHLEINSATZ:

- medizinischen Maßnahmen durch das Rettungsdienstpersonal ohne Transport z.B. Verweis / Übergabe an KV-Dienst

KEINE Fehleinsätze

- Auf Anfahrt abbestellt
- Keine Verletzten bei VU
- Keinen Patienten angetroffen (P-Tür, kein Patient im Krankenhaus angetroffen, ...)
- Jegliche Hilfeleistung



- *Abrechnungsprotokoll trotzdem abgeben*
- *Statistikfeld durchstreichen*
- *Kurze Information unter „Bemerkungen“*

Der Desinfektionsnachweis

- Der Desinfektionsnachweis ist nach JEDER Infektionsfahrt von der Fahrzeugbesatzung vollständig auszufüllen.
- Er dient der allgemeinen Dokumentation der Fahrten, wie auch der korrekten Durchführung der erforderlichen Desinfektions- bzw. Schutzmaßnahmen

Einsatz-Nr.: 69541Datum: 31.12.10**Teil 1 Transportbericht****Patientendaten:**Name: MustermannVorname: HeinfriedGeb.Datum: 30.02.1954Strasse: Musterstr. 235Wohnort: Hilden**Eingesetztes Personal:** (Besatzung HLF und DLA(K)23 umseitig vermerken)FW: 1. WA / 2. WA / DRK / RD / HLF-Besatzung DLA(K)23-BesatzungFahrer: Schulz Transportführer: Schröder Praktikant: SieglerFahrzeug: RTW KTW KTW-B NEF Kfz.-Kennz.: ME-FW 107**Einsatzzeit:**Ausfahrt: 14:58 Einfahrt: 16:15Transport von: Altenheim Erikaweg nach: Krankenhaus HildenTel.Nr. der aufnehmenden Einrichtung: 02103 / 899-0

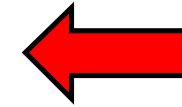
Art der Erkrankung:

- MRSA ESBL Clostridium Difficile NORO Hepatitis A Hepatitis B Hepatitis C

- Möglichst genaue Beschreibung und Lokalisation der Erkrankung**
z. B. „MRSA im Mund-Nasen-Rachenraum“

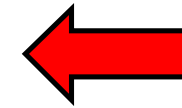
Art der getragenen Schutzkleidung:

- FFP2-Maske Handschuhe Schutzanzug / -kittel Schutzbrille Rettungsdienstjacke



Patientenvorbereitung :

- Einmallaken Einmaldecke FFP2-Maske Mund-Nasen-Schutz Händedesinfektion



Besondere Vorkommnisse während des Transportes:

z.B. Patient erbricht sich im Fahrzeug

- Bekanntwerden einer Infektion NACH dem Transport**



Teil 2 Desinfektionsbericht

Desinfektion durchgeführt von:

Fahrzeugbesatzung andere (Bitte ALLE eintragen, die bei der Desinfektion mitgearbeitet haben)

Name: Schulz

Vorname: Dennis

Name: Schröder

Vorname: Melanie

Name: Siegler

Vorname: Helmut

Durchgeführte Maßnahmen

Scheuer-Wisch-Desinfektion KONTAKTFLÄCHEN

Scheuer-Wisch-Desinfektion gesamter FAHRZEUGINNENRAUM

Desinfektionsmittel: INCIDIN RAPID

Konzentration: 0,5 % _____ %

Einwirkzeit: 30 Min. 1,0 Std.

Fahrzeug einsatzbereit

Datum: 31.12.10 Uhrzeit: 17:45

Teil 3 Persönliche Hygienemaßnahmen nach Transport u. Desinfektion

Durchgeführte Maßnahmen:

Händedesinfektion Duschen Kleidungswechsel

Sonstige: _____

_____ 

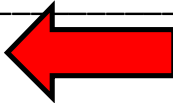
Einmalschutzkleidung ordnungsgemäß entsorgt:

Ja Nein

Persönliche Schutzkleidung zur Reinigung:

Ja Nein

Bemerkung:

_____ 

Datum: **31.12.10** Unterschrift _____
Fahrer

T. – Führer

Kenntnisnahme Desinfektor: _____

Praktikant

Teil 4 Kenntnisnahme durch Desinfektor

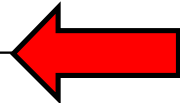
Meldung an Gesundheitsamt erfolgt

Schutzmaßnahmen ordnungsgemäß durchgeführt

Desinfektion ordnungsgemäß durchgeführt

Hygienemaßnahmen ordnungsgemäß durchgeführt

Bemerkungen:



Desinfektor

Datum: _____ Name: _____ Unterschrift: _____

Ja Nein

Ja Nein

Ja Nein

Ja Nein

- Wenn keine Fragen mehr sind,
- Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit