

**Pilotażowe porozumienie o współpracy  
dotyczące realizacji Umowy ramowej między  
Rzeczpospolitą Polską a Republiką Federalną Niemiec  
o współpracy transgranicznej w ratownictwie medycznym  
w obszarze przygranicznym obejmującym województwo  
zachodniopomorskie i powiat Vorpommern-Greifswald**

Na podstawie art. 4 i art. 8 ust. 1 Umowy ramowej między Rzeczpospolitą Polską a Republiką Federalną Niemiec o współpracy transgranicznej w ratownictwie medycznym zawartej w dniu 21 grudnia 2011 r.,

Wojewoda Zachodniopomorski

oraz

Starosta powiatu Vorpommern-Greifswald, zwani dalej „Stronami”, a każdy z osobna „Stroną”, zawierają Porozumienie o następującej treści:

**Artykuł 1**

**Przedmiot i cel Porozumienia**

Przedmiotem niniejszego Porozumienia jest ustalenie szczegółowych warunków i zasad współpracy transgranicznej w ratownictwie medycznym w celu zagwarantowania możliwie jak najlepszej opieki nad pacjentami w obszarze przygranicznym obejmującym województwo zachodniopomorskie i powiat Vorpommern - Greifswald.

**Artykuł 2**

**Określenie rejonów działania zespołów ratunkowych w obszarze  
przygranicznym**

1. Rejony działania dla poszczególnych zespołów ratunkowych wyznaczonych do współpracy transgranicznej w ratownictwie medycznym są określone w **załączniku nr 1** do Porozumienia.

2. W szczególnych przypadkach np. zdarzeń masowych, działania ratunkowe mogą być prowadzone poza rejonami ustalonymi w ust. 1. Decyzję o wystaniu zespołu ratunkowego podejmuje dyspozytor każdej ze Stron, po otrzymaniu zgłoszenia.

### **Artykuł 3**

#### **Usługodawcy ratownictwa medycznego, zespoły ratunkowe oraz właściwe podmioty lecznicze wyznaczone dla transgranicznego działania ratunkowego**

1. Wykaz usługodawców ratownictwa medycznego, miejsca stacjonowania zespołów ratunkowych uprawnionych do wykonywania transgranicznych działań ratunkowych jest określony w **załączniku nr 2** do Porozumienia.
2. Wykaz podmiotów leczniczych wyznaczonych do transgranicznych działań ratunkowych wraz z udzielanymi świadczeniami zdrowotnymi niezbędnymi dla ratownictwa medycznego jest określony w **załączniku nr 3** do Porozumienia.

### **Artykuł 4**

#### **Organizacja i koordynacja technicznej łączności powiadamiania**

1. Wyznacza się dla każdej ze Stron stanowiska dyspozytorskie, w obrębie których dyspozytorzy wykorzystując wszelkie dostępne środki techniczne, realizują i koordynują transgraniczne działania ratunkowe.
2. Podczas prowadzenia transgranicznych działań ratunkowych komunikacja pomiędzy dyspozytorami odbywa się drogą teleinformatyczną.
3. Wykaz stanowisk, o których mowa w ust. 1, z danymi kontaktowymi do współpracy transgranicznej w ratownictwie medycznym, jest określony w **załączniku nr 2** do Porozumienia.
4. Komunikacja pomiędzy dyspozytorem a zespołem ratunkowym tej samej Strony odbywa się przy użyciu telefonii komórkowej oraz dodatkowo przy pomocy innych środków komunikacji.
5. Strony dążą do tego, aby podczas organizowania i realizacji transgranicznych działań ratunkowych językiem komunikacji dyspozytorów był język angielski.

## Artykuł 5

### Warunki przyjmowania lub odrzucania zgłoszeń oraz wysyłania zespołów ratunkowych

1. Warunkiem rozpoczęcia transgranicznego działania ratunkowego przez uprawnioną dyspozytornię jest otrzymanie zgłoszenia o potrzebie zadysponowania zespołów ratunkowych podlegających tej dyspozytorni w obszarze przygranicznym drugiej Strony.
2. Dyspozytor może wezwać zespoły ratunkowe drugiej Strony w przypadku braku wolnych własnych zespołów ratunkowych, niezbędnych do zabezpieczenia danego zdarzenia, lub gdy czas dojazdu własnych zespołów ratunkowych na miejsce akcji jest dłuższy niż zespołów ratunkowych drugiej Strony.
3. Wzór dwujęzycznego formularza o nazwie „Informacja – Zgłoszenie” służącego do wysłania zgłoszenia, przyjęcia zgłoszenia, odmowy przyjęcia zgłoszenia oraz zakończenia działań ratunkowych jest określony w **załączniku nr 4** do Porozumienia.
4. Osobami uprawnionymi do przesłania i odbioru zgłoszeń są dyspozytorzy zatrudnieni w wyznaczonych dyspozytorniach każdej ze Stron, dostępni pod numerami telefonów i faksów oraz innymi drogami komunikacji, w tym adresami e-mail, określonymi w **załączniku nr 2** do Porozumienia.
5. Po przyjęciu zgłoszenia w formie elektronicznej dyspozytor dokonuje analizy możliwości wysłania zespołu ratunkowego. Decyzja o przyjęciu albo odrzuceniu zgłoszenia o potrzebie zadysponowania zespołu ratunkowego jest przekazywana przez dyspozytora bez zbędnej zwłoki drogą elektroniczną na dwujęzycznym formularzu, o którym mowa w ust. 3. Wysłanie formularza przekazującego tę decyzję powinno być poprzedzone zapowiedzią telefoniczną.
6. W szczególnie uzasadnionych przypadkach i przy istnieniu odpowiedniej infrastruktury teleinformatycznej, po telefonicznej zapowiedzi zgłoszenia, dwujęzyczny formularz, o którym mowa w ust. 3, może być przesłany do dyspozytora drugiej Strony za pośrednictwem faksu.

## Artykuł 6

### Sposób prowadzenia działań ratunkowych po obu stronach granicy

1. Działania ratunkowe obejmują przyjęcie zgłoszenia, zadysponowanie zespołu ratunkowego na miejsce akcji, wykonanie działań ratunkowych i transport pacjenta do właściwego podmiotu leczniczego.
2. Zespoły ratunkowe prowadzą działania ratunkowe zgodnie z wytycznymi i przepisami prawa obowiązującymi na terytorium państwa, z którego pochodzi zespół ratunkowy oraz z poszanowaniem przepisów prawa państwa, na terytorium którego są prowadzone działania ratunkowe.
3. Zespoły ratunkowe transportują pacjenta do najbliższego pod względem czasu dotarcia i właściwego ze względu na stan pacjenta podmiotu leczniczego, o którym mowa w **załączniku nr 3** do Porozumienia, znajdującego się na terytorium państwa, w którym znajduje się miejsce akcji.  
Pacjent, który na podstawie polskiego ustawodawstwa jest uprawniony do świadczeń zdrowotnych, może być przewieziony przez polski zespół ratunkowy z miejsca zdarzenia znajdującego się na terytorium Niemiec do podmiotu leczniczego znajdującego się na terytorium Polski, pod warunkiem, że stan zdrowia tego pacjenta na to pozwala.  
Pacjent, który na podstawie niemieckiego ustawodawstwa jest uprawniony do świadczeń zdrowotnych, może być przewieziony przez niemiecki zespół ratunkowy z miejsca zdarzenia znajdującego się na terytorium Polski do podmiotu leczniczego znajdującego się na terytorium Niemiec, pod warunkiem, że stan zdrowia tego pacjenta na to pozwala.
4. Zespół ratunkowy ocenia stan zdrowia pacjenta i przekazuje niezwłocznie informację w tym zakresie do swojego dyspozytora. Dyspozytor przekazuje tę informację do dyspozytora właściwego ze względu na miejsce akcji, który wskazuje podmiot leczniczy, do którego należy przetransportować pacjenta. Dyspozytor przekazuje decyzję w tym zakresie do swojego zespołu ratunkowego. Informacje pomiędzy dyspozytorami są przekazywane zgodnie z treścią **załącznika nr 4** do Porozumienia.
5. W uzasadnionych przypadkach, w razie konieczności transportu pacjenta do oddalonych podmiotów leczniczych udzielających świadczeń specjalistycznych,

zespół ratunkowy zgłasza własnemu dyspozytorowi potrzebę wykorzystania lotniczego zespołu ratunkowego. Decyzję o zadysponowaniu lotniczego zespołu ratunkowego podejmuje dyspozytor właściwy ze względu na miejsce akcji, z zastrzeżeniem, że lotnicze zespoły ratunkowe są uprawnione do realizacji zleceń ratowniczych wyłącznie na terytorium własnego kraju. Przekazanie pacjenta lotniczemu zespołowi ratowniczemu odbywa się za pomocą własnej dokumentacji medycznej w dwujęzycznej wersji, zgodnej z **załącznikami nr 5 i 6** do Porozumienia.

W razie konieczności transportu pacjenta do oddalonych podmiotów leczniczych udzielających świadczeń specjalistycznych i braku dostępnego lotniczego zespołu ratunkowego, dyspozytor właściwy ze względu na miejsce akcji decyduje o przejęciu pacjenta na miejscu zdarzenia i dalszym transporcie przez dostępny własny zespół ratunkowy oraz przekazuje decyzję w tym zakresie dyspozytorowi drugiej strony. Przekazanie pacjenta zespołowi ratunkowemu odbywa się za pomocą własnej dokumentacji medycznej w dwujęzycznej wersji, zgodnej z **załącznikami nr 5 i 6** do Porozumienia. Informacje i decyzje pomiędzy dyspozytorami są przekazywane zgodnie z treścią **załącznika nr 4** do Porozumienia.

## **Artykuł 7**

### **Używanie sygnałów świetlnych i dźwiękowych przez specjalistyczne pojazdy sanitarne**

W specjalistycznych pojazdach sanitarnych wysłanych do transgranicznych działań ratunkowych dopuszcza się używanie sygnałów świetlnych i dźwiękowych, zgodnie z obowiązującymi przepisami wewnętrznymi każdej ze Stron Porozumienia.

## **Artykuł 8**

### **Warunki zakończenia działań ratunkowych**

1. Zakończenie działań ratunkowych zespołu ratunkowego następuje na miejscu akcji w sytuacji, gdy nie występuje konieczność prowadzenia dalszych działań ratunkowych lub z chwilą przejęcia pacjenta przez podmiot leczniczy, o którym

mowa w załączniku nr 3 do Porozumienia. Przekazanie pacjenta do podmiotu leczniczego następuje na podstawie odpowiedniej dla każdej ze Stron dokumentacji medycznej, z wykorzystaniem formularzy, wskazanych w **załącznikach nr 5 i 6** do Porozumienia. Dokumentacja medyczna Strony polskiej określona w **załączniku nr 5** do Porozumienia jest sporządzona za pomocą druków samokopiujących w wersji językowej polskiej i niemieckiej. Dokumentacja medyczna Strony niemieckiej określona w **załączniku nr 6** do Porozumienia jest sporządzona za pomocą druków samokopiujących w wersji językowej niemieckiej i polskiej. Zespoły ratunkowe Strony polskiej są obowiązane do stosowania **załącznika nr 5** do Porozumienia, a niemieckie zespoły ratunkowe są obowiązane do stosowania **załącznika nr 6** do Porozumienia.

2. W przypadku zgonu pacjenta zespół ratunkowy oczekuje na przybycie osoby uprawnionej do stwierdzenia zgonu, zgodnie z prawem Strony, na terytorium której zgon nastąpił.
3. Zespół ratunkowy informuje niezwłocznie swojego dyspozytora o zakończeniu działań ratunkowych. Dyspozytor przekazuje informację o zakończeniu działań ratunkowych dyspozytorowi właściwemu ze względu na miejsce akcji.
4. Ostateczną decyzję o zakończeniu działań ratunkowych podejmuje dyspozytor, na którego obszarze właściwości znajduje się miejsce akcji, po uzyskaniu informacji wymienionych w ust. 3.
5. Właściwy dyspozytor, na którego obszarze właściwości znajduje się miejsce akcji, wysyła niezwłocznie dyspozytorowi drugiej Strony potwierdzenie zakończenia działań ratunkowych drogą elektroniczną na formularzu określonym w **załączniku nr 4** do Porozumienia.
6. Dyspozytor, który zadysponował zespołem ratunkowym, odwołuje zespół niezwłocznie po otrzymaniu od dyspozytora drugiej Strony informacji o zakończeniu działań ratunkowych.
7. Jeżeli zespoły ratunkowe Strony właściwej ze względu na miejsce akcji, dotrą na miejsce akcji i mogą przejąć pacjenta, zespół ratunkowy drugiej Strony przekazuje pacjenta zespołowi właściwemu ze względu na miejsce akcji.

Przekazanie pacjenta następuje na podstawie przewidzianej dla każdej ze Stron dokumentacji medycznej, zgodnej z **załącznikami nr 5 i 6** do Porozumienia.

## **Artykuł 9**

### **Ewidencjonowanie przeprowadzonych działań ratunkowych**

1. Podczas transgranicznych działań ratunkowych zespoły ratunkowe sporządzają własną dokumentację medyczną w dwujęzycznej wersji, określoną w **załącznikach nr 5 i 6** do Porozumienia.
2. Dokumentacja medyczna stanowi podstawę do przekazania pacjenta do podmiotu leczniczego, o którym mowa w **załączniku nr 3** do Porozumienia, albo do zespołu ratunkowego drugiej Strony.

## **Artykuł 10**

### **Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej usługodawców ratownictwa medycznego**

1. Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej usługodawców ratownictwa medycznego za szkody wyrządzone przy wykonywaniu działań ratunkowych na obszarze państwowym drugiej Umawiającej się Strony jest zgodne z wewnętrznym podziałem kompetencji oraz obowiązującym prawem wewnętrznym każdej z Umawiających się Stron.
2. Transgraniczne działania ratunkowe mogą być prowadzone na terytorium drugiej Strony tylko przez usługodawców ratownictwa medycznego, którzy posiadają ważne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie regulacjami.

## **Artykuł 11**

### **Koszty transgranicznych działań ratunkowych**

Koszty transgranicznych działań ratunkowych ponosi po Stronie polskiej usługodawca ratownictwa medycznego, a po Stronie niemieckiej płatnicy ratownictwa medycznego w zakresie przez siebie realizowanym.

## **Artykuł 12**

### **Inicjatywy mające na celu intensyfikację i poprawę komunikacji, organizacji i realizacji transgranicznych działań ratunkowych**

1. Strony uzgadniają, że będą organizowane naprzemiennie przez każdą ze Stron wspólne ćwiczenia praktyczne.
2. Niezależnie od działań wskazanych w ust. 1, zespoły ratunkowe każdej ze Stron mogą brać udział w innych przedsięwzięciach organizowanych przez służby ratownicze każdej ze Stron.
3. Obie strony przyjmują za priorytet poprawę komunikacji językowej przez organizację wspólnych kursów językowych, seminariów, szkoleń i innych przedsięwzięć.

## **Artykuł 13**

### **Ocena i kontrola jakości oraz bezpieczeństwa przeprowadzonych działań ratunkowych**


1. Strony dokonują co najmniej raz w roku wspólnej analizy i oceny współpracy w transgranicznym ratownictwie medycznym. W razie potrzeby mogą wystąpić do Komisji Wspólnej z wnioskiem o zmianę Umowy ramowej.
2. Do rozwiązywania ewentualnych problemów Strony mogą powoływać zespoły robocze.
3. Strony kontrolują działania swoich zespołów ratunkowych wykonujących zadania w ramach współpracy transgranicznej w ratownictwie medycznym w trybie i na zasadach obowiązujących na ich terytorium.
4. W przypadku zaistnienia konieczności przeprowadzenia postępowania wyjaśniającego w zakresie zrealizowanych działań w ramach współpracy transgranicznej każda ze Stron posiada uprawnienie do wystąpienia do drugiej Strony z wnioskiem o przeprowadzenie postępowania kontrolnego lub do żądania udzielenia informacji dotyczących działań jej zespołów ratunkowych.
5. Strony zobowiązują się do niezwłocznego pisemnego przekazywania wszelkich informacji o zmianach mających wpływ na realizację tego Porozumienia.

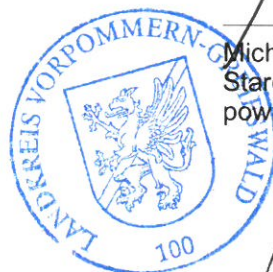


## Artykuł 14

### Postanowienia końcowe

1. Do czasu, gdy nastąpi ostatecznie teleinformatyczne skomunikowanie uprawnionych dyspozytorni, dopuszcza się przekazywanie zgłoszenia za pośrednictwem faksu na formularzu zgodnym z **załącznikiem nr 4** do Porozumienia, który stanowi tymczasową drogę komunikacji.
2. **Załączniki nr 1–6** stanowią integralną część Porozumienia.
3. Zmiany tego Porozumienia wymagają formy pisemnej i zgody każdej ze Stron, z wyjątkiem treści **załączników nr 2 i 3** do Porozumienia, które w razie potrzeby będą aktualizowane i przekazywane drugiej Stronie w formie pisemnej oraz **załącznika nr 4** do Porozumienia, którego treść może być modyfikowana za obustronną pisemną zgodą Stron.
4. Porozumienie wygasa z dniem wygaśnięcia Umowy ramowej.
5. Porozumienie może być rozwiązane przez każdą ze Stron z zachowaniem sześciomiesięcznego okresu wypowiedzenia. Wypowiedzenie należy przesłać w formie pisemnej w języku polskim i niemieckim. Porozumienie zostało podpisane w trzech egzemplarzach w języku polskim i niemieckim, przy czym obydwie wersje językowe są równoważne. Każda Strona otrzymuje dwie wersje językowe Porozumienia.
6. Porozumienie wchodzi w życie w terminie trzech miesięcy od dnia jego podpisania przez obie Strony i jest zawarte na czas nieokreślony.

  
Wojewoda Zachodniopomorski



  
Michael Sack  
Starosta  
powiatu Vorpommern-Greifswald

  
Jörg Hasselmann  
Naczelnik i 1. zastępca starosty  
powiatu Vorpommern-Greifswald

Załączniki:

1. Rejony działania poszczególnych zespołów ratunkowych wyznaczonych do transgranicznych działań ratunkowych.
2. Wykaz usługodawców ratownictwa medycznego i zespołów ratunkowych uprawnionych do wykonywania transgranicznych działań ratunkowych.
3. Wykaz podmiotów leczniczych wyznaczonych do transgranicznych działań ratunkowych i udzielanych przez te podmioty świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego.
4. Wzór dwujęzycznego formularza wysłania zgłoszenia, przyjęcia zgłoszenia, odmowy przyjęcia zgłoszenia oraz zakończenia działań ratunkowych.
5. Wzór dokumentacji medycznej dla polskich zespołów ratunkowych.
6. Wzór dokumentacji medycznej dla niemieckich zespołów ratunkowych.

## Załącznik nr 1

Rejony działania dla poszczególnych zespołów ratunkowych wyznaczonych do współpracy transgranicznej w ratownictwie medycznym.

Określenie rejonów działania dla poszczególnych zespołów ratunkowych w obszarze przygranicznym.

- kryterium określającym rejon działania dla zespołów ratunkowych jest działanie w strefie przygranicznej obejmującej 30 km;
- szacowany czas dotarcia zespołów ratunkowych na miejsce akcji to max 40 minut;
- zespoły ratunkowe:

Lp.	Usługodawca ratownictwa medycznego	Lokalizacja zespołów ratunkowych	Zespoły ratunkowe		Rejon działania (po stronie niemieckiej)
			rodzaj	ilość	
1.	Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego w Szczecinie ul. Mieszka I 33 71-011 Szczecin	ul. Mieszka I 5 72-600 Świnoujście	S P	1 1	Niemiecka część wyspy Uznam, Gemeinden: Kamminke, Garz, Zirchow, Korswandt, Heringsdorf, Dargen, Benz, Pudagla, Uckeritz, Stolpe auf Usedom, Mellenthin, Rankwitz
		ul. Grunwaldzka 18-20 72-010 Police	S P	0 2	Nord-östlicher Teil Uecker-Randow, Gemeinden: Luckow, Ahlbeck, Eggesin, Hintersee, Blankensee, Rothenklempenow
		al. Wojska Polskiego 92-94 70-482 Szczecin	S P	1 3	Süd-östlicher Teil des Uecker-Randow, Gemeinden: Blankensee, Löcknitz, Plöwen, Bergholz, Ramin, Grambow, Glasow, Krackow, Nadrensee, Penkun
		ul. Rapackiego 1 72-100 Gryfino	S P	0 2	Südlicher Teil des Uecker-Randow, Gemeinden: Glasow, Grambow, Krackow, Nadrensee, Penkun

S – zespół specjalistyczny - 2 ratowników medycznych/pielęgniarka systemu + lekarz,

P – zespół podstawowy - 2 ratowników medycznych/pielęgniarka systemu

Lp.	Usługodawca ratownictwa medycznego	Lokalizacja zespołów ratunkowych	Zespoły ratunkowe		Rejon działania (po stronie polskiej)
			rodzaj	ilość	
1.	DRK-Kreisverband Ostvorpommern-Greifswald e.V. Rettungsdienst Ravelinstraße 17 17389 Anklam	Neuhofer Straße 37 17424 Seebad Heringsdorf	NEF RTW	1 2	Polska część wyspy Uznam: Miasto Świnoujście
		Dorfstraße 12 17429 Mellenthin	NEF RTW	0 1	Polska część wyspy Uznam: Miasto Świnoujście
2.	Deutsches Rotes Kreuz Kreisverband Uecker-Randow e.V. Oskar-Picht-Straße 60 17309 Pasewalk	An der Jagdwirtschaft 3 17375 Hintersee	NEF RTW	0 1	Powiat Policki z gminami: Nowe Warpno, Police, Dobra Szczecińska, Szczecin
		Karl-Liebknecht-Str. 5 b 17321 Löcknitz	NEF RTW	0 1	Powiat Policki z gminami: Police, Dobra Szczecińska, Kołbaskowo, Szczecin
		Sandkuhlstr. 8/9 17328 Penkun	NEF RTW	0 1	Powiat Policki z gminami: Dobra Szczecińska, Kołbaskowo, Powiat Gryfiński z gminami: Gryfino, Szczecin
		Dorfstrasse 23 17322 Glasow	NEF RTW	1 0	Powiat Policki z gminami: Dobra Szczecińska, Kołbaskowo, Powiat Gryfiński z gminami: Gryfino, Szczecin

RTW- zespół ratunkowy - 2 ratowników medycznych

NEF- pojazd ratunkowy z lekarzem i ratownikiem medycznym

KTW- karetka transportowa - przewóz chorych

### Załącznik nr 2

Wykaz usługodawców ratownictwa medycznego, miejsca stacjonowania zespołów ratunkowych uprawnionych do wykonywania transgranicznych działań ratunkowych.

Lp.	Usługodawca ratownictwa medycznego	Adres usługodawcy	Telefon / Faks	Liczba i rodzaj zespołów ratunkowych	Miejsce stacjonowania zespołu ratunkowego	Stanowiska dyspozytorskie Telefon / Faks
1.	Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego w Szczecinie	ul. Mieszka I 33 71-011 Szczecin	tel.: +48 91 433 38 01 faks: +48 91 433 57 54	1S, 1P 0S, 2P 1S, 3P 0S, 2P	Świnoujście Police Szczecin Gryfino	Dyspozytornia Medyczna Szczecin tel.: +48 91 464 86 84 tel.: +48 91 888 44 99 faks: +48 91 433 01 02 e-mail: dyspozytor@999.szczecin.pl
2.	DRK-Kreisverband Ostvorpommern-Greifswald e.V. Rettungsdienst	Ravelinstraße 17 17389 Anklam	tel.: +49 3971 200315 faks: +49 3971 240004	1 NEF, 2 RTW 1 RTW	Heringsdorf Mellenthin	adres: ul. Waty Chrobrego 4 70-502 Szczecin <b>Integrierte Leitstelle Vorpommern-Greifswald</b> tel.: +49 3834 19222 faks: +49 3834 777860 e-mail: leitstelle@kreis-vg.de
3.	Deutsches Rotes Kreuz Kreisverband Uecker-Randow e.V.	Oskar-Picht-Straße 60 17309 Pasewalk	tel.: +49 3973 43840 faks: +49 3973 438422	1 RTW 1 RTW 1 RTW 1 NEF	Hintersee Löcknitz Penkun Glasow	adres: Wolgaster Straße 63 A 17489 Greifswald <b>Integrierte Leitstelle Vorpommern-Greifswald</b> tel.: +49 3834 19222 faks: +49 3834 777860 e-mail: leitstelle@kreis-vg.de
						adres: Wolgaster Straße 63 A 17489 Greifswald

### Załącznik nr 3

Wykaz podmiotów leczniczych wyznaczonych do transgranicznych działań ratunkowych i udzielanych przez te podmioty świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego.

		Oddziały szpitalne wyspecjalizowane w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego																						
Lp.	Nazwa szpitala	Adres szpitala	Intensywnej terapii	Intensywnej terapii dla dzieci	Pediacyjny	Wewnętrzny	Neurologiczny	Neurologii dziecięcej	Neurochirurgiczny	Neurochirurgii dziecięcej	Kardiologiczny	Kardiologii dziecięcej	Chirurgiczny	Chirurgii dziecięcej	Ortopedii i traumatologii	Ortopedii i traumatologii dla dzieci	Kardiochirurgiczny	Kardiologii inwazyjnej	Toksykologiczny	Torakochirurgiczny	Psychiatryczny	Psychiatryczny dla dzieci	Ginekologia i położnictwo	
1	Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Zespolony	71-455 Szczecin ul. Arkońska 4	X		X	X	X		X		X		X					X						
1	Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Zespolony	70-891 Szczecin-Zdunowo ul. Sokolowskiego 11	X			X							X		X					X				
2	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 im. prof. Tadeusza Sokolowskiego Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie	71-252 Szczecin ul. Unii Lubelskiej 1	X	X	X	X	X		X			X	X	X	X	X								
2	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 im. prof. Tadeusza Sokolowskiego Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie	77-460 Szczecin ul. Broniewskiego 24/26																				X		



			Oddziały szpitalne wyspecjalizowane w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego																					
Lp.	Nazwa szpitala	Adres szpitala	Intensywnej terapii	Intensywnej terapii dla dzieci	Pediatria	Wewnętrzny	Neurologiczny	Neurologii dziecięcej	Neurochirurgiczny	Neurochirurgii dziecięcej	Kardiologiczny	Kardiologii dziecięcej	Chirurgiczny	Chirurgii dziecięcej	Ortopedii i traumatologii	Ortopedii i traumatologii narządów ruchu dla dzieci	Kardiochirurgiczny	Kardiologii inwazyjnej	Toksykologiczny	Torakochirurgiczny	Psychiatryczny	Psychiatryczny dla dzieci	Ginekologia i położnictwo	
1	Kreiskrankenhaus Wolgast	17438 Wolgast Chausseestraße 46	X			X		X			X		X	(X)	X									
2	Universitätsmedizin Greifswald	Fleischmannstraße 8 17475 Greifswald	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X		X	
3	Klinikum Karlsburg	Greifswalder Str. 11 17495 Karlsburg	X			X					X							X						
4	AMEOS Klinikum Anklam	Hospitalstr. 19 17389 Anklam	(X)		X	X							X		(X)								X	
5	AMEOS Klinikum Ueckermünde	Ravensteinstraße 23 D-17373 Ueckermünde	(X)			X							X		X						X	X		
6	Asklepios Klinik Pasewalk	Prenzlauer Chaussee 30 17309 Pasewalk	X		X	X					X		X		X								X	

(X) – po zapytaniu w dyspozytorni

## Informacja – Zgłoszenie/ Information – Anmeldung

Data, czas/ Datum, Uhrzeit: .....

strony/ Seiten: 1

Z dyspozytorni/ von der Leitstelle

Do dyspozytorni/ an die Leitstelle

Tel/Faks: .....

Tel/Faks: .....

1. Zdarzenie/ Ereignis (Notfall)			
		<b>Liczba pacjentów/ Anzahl der Patienten</b>	
<b>Miejsce zdarzenia/ Notfallort</b> .....		<input type="text"/>	
<b>Ulica, numer domu/ Straße, Hausnummer</b> .....			
<b>Współrzędne/ Koordinaten</b> x: ..... y: .....			
1.1	Przypadek chirurgiczny		1.1 Chirurgischer Notfall
1.1.1	Zachorowanie		1.1.1 Erkrankung
1.1.2	Wypadek/Uraz		1.1.2 Unfall/Verletzung
1.1.3	Uraz wielonarządowy		1.1.3 Polytrauma
1.1.4	Uraz czaszkowo-mózgowy		1.1.4 Schädel-Hirn-Trauma
1.1.5	Poparzenie		1.1.5 Verbrennung
1.2	Przypadek internistyczny		1.2 Internistischer Notfall
1.2.1	Ostry zespół wieńcowy		1.2.1 Akutes Koronarsyndrom
1.2.2	Udar mózgu		1.2.2 Apoplex
1.2.3	Zatrzymanie krążenia		1.2.3 Herzkreislaufstillstand
1.3	Przypadek ginekologiczny		1.3 Gynäkologischer Notfall
1.4	dziecko (lat)		1.4 Kind (Alter)
1.5	pozostałe (rodzaj)		1.5 anderer (Art)
<b>Zagrożenie życia:</b> <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie		<b>Vitale Bedrohung:</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

2. Zamówienie zespołów (ilość)/ Anforderung Rettungsmittel (Anzahl)			
2.1	Zespół bez lekarza		2.1 Rettungsmittel ohne Arzt
2.2	Zespół z lekarzem		2.2 Rettungsmittel mit Arzt

Nazwisko/ Name – Podpis/ Unterschrift .....

3. Fax – odpowiedź/ Fax – Antwort			
Pomoc będzie udzielona poprzez:		Hilfeleistung wird gewährt mit:	
Karetka pogotowia bez lekarza (ilość)		Rettungsmitteln ohne Arzt (Anzahl)	
Karetka pogotowia z lekarzem (ilość)		Rettungsmitteln mit Arzt (Anzahl)	
Pomoc nie może być zapewniona		Hilfe kann nicht geleistet werden	

Nazwisko/ Name – Podpis/ Unterschrift .....

4. Zapytanie o szpital docelowy/ Anfrage nach dem Zielkrankenhaus	
4.1	Diagnoza wstępna (Zakreślić w tabeli 1 lub pisemnie po łacinie)/ Erstdiagnose (Ankreuzen in Tabelle 1 oder schriftlich in Latein) .....
4.2	Proszęjechać do szpitala (wypełnia dysponent drugiej strony)/ Fahren Sie folgendes Krankenhaus an (füllt der Disponent der anderen Seite aus) .....

Nazwisko/ Name – Podpis/ Unterschrift ..... Nazwisko/ Name – Podpis/ Unterschrift .....

5. Prośba o dodatkowe środki/ Nachforderung			
5.1	Transport do specj. podmiotów leczniczych (odpowiedź: <input type="checkbox"/> helikopter* <input type="checkbox"/> naziemny zesp. rat. (*tylko wewnątrz kraju sąsiadującego)	5.1	Transport zu spez. med. Einrichtungen (Antwort: <input type="checkbox"/> Hubschrauber* <input type="checkbox"/> bodengebunden (*nur innerhalb des Nachbarlandes)
5.2	Policeja	5.2	Polizei
5.3	Straż pożarna	5.3	Feuerwehr

Nazwisko/ Name – Podpis/ Unterschrift .....

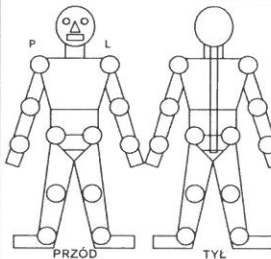


Oznaczenie dysponenta zespołu ratownictwa medycznego (ZRM)	Kod ZRM realizującego zlecenie:	Nr zlecenia wyjazdu:
--	---------------------------------	----------------------

**I - WYWIAD**

	<p><b>MIEJSCE ZDARZENIA</b></p> <p>w domu..... <input type="checkbox"/></p> <p>w miejscu publicznym <input type="checkbox"/></p> <p>w ruchu uliczno-drog. <input type="checkbox"/></p> <p>w pracy <input type="checkbox"/> w szkole <input type="checkbox"/></p> <p>w rolnictwie..... <input type="checkbox"/></p>
--	--

**II - BADANIE**

<p><b>GLASGOW-COMA-SCALE</b></p> <p><b>OTWIERANIE OCZU</b></p> <p>spontanicznie.....4</p> <p>na głos.....3</p> <p>na ból.....2</p> <p>brak.....1</p> <p><b>REAKCJA SŁOWNNA</b></p> <p>zorientowany.....5</p> <p>spłątany.....4</p> <p>niewłaściwe słowa.....3</p> <p>niezrozumiałe dźwięki.....2</p> <p>brak.....1</p> <p><b>REAKCJA RUCHOWA</b></p> <p>wykonuje polecenia.....6</p> <p>lokalizacja bólu.....5</p> <p>ucieczka od bólu.....4</p> <p>zgięciowa.....3</p> <p>wyprostna.....2</p> <p>brak.....1</p>	<p><b>RTS</b></p> <p><b>CZ. ODDECHÓW</b></p> <p>10-29.....4</p> <p>&gt;29.....3</p> <p>6-9.....2</p> <p>1-5.....1</p> <p>brak.....0</p> <p><b>RRSKURCZOWE</b></p> <p>&gt;89.....4</p> <p>76-89.....3</p> <p>50-75.....2</p> <p>1-49.....1</p> <p>0.....0</p> <p><b>GCS</b></p> <p>13-15.....4</p> <p>9-12.....3</p> <p>6-8.....2</p> <p>4-5.....1</p> <p>3.....0</p>	<p><b>UKŁAD ODDECHOWY</b></p> <p>częstość oddechów...../min</p> <p>duszność..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>sinica..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>bezdech..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>szmer prawidł. L P</p> <p>furczenie..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>świsły..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>trzeszczenie..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>rżenie..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>brak szmeru..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Inne..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p><b>ŻRENICIE</b></p> <p>Reakcja na światło: L P</p> <p>prawidłowa..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>powolna..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>brak..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>szerokość: L P</p> <p>normalna..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>wąska..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>szeroka..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<div style="display: flex; align-items: center;">  <div style="margin-left: 20px;"> <p><input type="checkbox"/> brak obrażeń</p> <p>O Złamanie otwarte</p> <p>Z Złamanie zamknięte</p> <p>W Zwichnięcie</p> <p>S Stłuczenie</p> <p>R Rana</p> <p>K Krwotok z rany</p> <p>M Zmiazdzenie</p> <p>A Amputacja</p> <p>N Ból nieurazowy</p> <p>P Oparzenie</p> <p>stopnia <table border="1" style="display: inline-table; width: 30px; height: 30px; vertical-align: middle;"></table> %</p> <p>stopnia <table border="1" style="display: inline-table; width: 30px; height: 30px; vertical-align: middle;"></table> %</p> <p><input type="checkbox"/> oparzenie wziewne</p> </div> </div>	
SUMA <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"></table>	SUMA <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"></table>	Saturacja..... <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"></table> %	CIŚNIENIE TĘTNICZE <table border="1" style="display: inline-table; width: 60px; height: 20px;"></table> mm Hg	<p><b>TĘTNO</b> <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"></table> /min</p> <p>miarowe <input type="checkbox"/> niemiar. <input type="checkbox"/></p>	
<p><b>Obrażenia anatomiczne kwalifikujące do centrum urazowego</b></p> <p><input type="checkbox"/> penetrujące rany głowy i tułowia oraz urazy tepe z objawami uszkodzenia narządów wewnętrznych głowy, klatki piersowej i brzucha</p> <p><input type="checkbox"/> amputacja kończyn powyżej kolana lub łokcia</p> <p><input type="checkbox"/> rozległe zmiazdzenia kończyn</p> <p><input type="checkbox"/> uszkodzenia rdzenia kręgowego</p> <p><input type="checkbox"/> złamanie kończyn z uszkodzeniem naczyń i nerwów</p> <p><input type="checkbox"/> złamanie co najmniej dwóch proksymalnych kości długich kończyn lub miednicy</p>					

<p><b>OBJAWY</b></p> <p>wstrząs..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>NZK..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>obj. oponowe..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>drgawki..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>afazja..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>wymioty..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>biegunka..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>krwawienie..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>obrzęki..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>zasłabnięcie..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p><b>SKÓRA</b></p> <p>Wygląd: <input type="checkbox"/></p> <p>bleda..... <input type="checkbox"/></p> <p>rumień..... <input type="checkbox"/></p> <p>zażółcenie..... <input type="checkbox"/></p> <p>sinica obw. <input type="checkbox"/></p> <p>sinica centr. <input type="checkbox"/></p> <p>Wilgotność: <input type="checkbox"/></p> <p>w normie..... <input type="checkbox"/></p> <p>wilgotna..... <input type="checkbox"/></p> <p>sucha..... <input type="checkbox"/></p> <p>Temperatura: <input type="checkbox"/></p> <p>w normie..... <input type="checkbox"/></p> <p>chłodna..... <input type="checkbox"/></p> <p>ciepła..... <input type="checkbox"/></p>	<p><b>JAMA BRZUSZNA</b></p> <p>w normie..... <input type="checkbox"/></p> <p>bolesność palpacyjna..... <input type="checkbox"/></p> <p>brak perystaltyki..... <input type="checkbox"/></p> <p>objawy otrzewnowe..... <input type="checkbox"/></p>	<p><b>TONY SERCA</b></p> <p>czyste/głośnie..... <input type="checkbox"/></p> <p>stłumione..... <input type="checkbox"/></p> <p>inne..... <input type="checkbox"/></p>	<p><b>EKG</b></p> <p>Rytm zatokowy..... <input type="checkbox"/></p> <p>Tachykardia nadkomorowa..... <input type="checkbox"/></p> <p>Tachykardia komorowa..... <input type="checkbox"/></p> <p>Migotanie/trzepotanie przedsionków..... <input type="checkbox"/></p> <p>AV blok..... <input type="checkbox"/></p> <p>sVES..... <input type="checkbox"/></p> <p>VES..... <input type="checkbox"/></p> <p>VF/VT..... <input type="checkbox"/></p> <p>Asystolia..... <input type="checkbox"/></p> <p>PEA..... <input type="checkbox"/></p> <p>Rozrusznik..... <input type="checkbox"/></p> <p>OZW..... <input type="checkbox"/></p> <p>Zawał..... <input type="checkbox"/></p> <p>Inne:.....</p>	<p><b>OPIS</b></p>
<p><b>INNE</b></p> <p>cięża..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>poród..... <input type="checkbox"/></p> <p>chor. zakaźna..... <input type="checkbox"/></p>		<p><b>OCENA PSYCHO-RUCH.</b></p> <p>w normie..... <input type="checkbox"/></p> <p>spowolniony..... <input type="checkbox"/></p> <p>pobudzony..... <input type="checkbox"/></p> <p>agresywny..... <input type="checkbox"/></p>	<p><b>NIEDOWŁAD / PORAZENIE</b> L P</p> <p>kończyna górna <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>kończyna dolna <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p><b>ZAPACH Z UST</b></p> <p>rozpuszczalnik org..... <input type="checkbox"/></p> <p>alkohol..... <input type="checkbox"/></p> <p>inne..... <input type="checkbox"/></p>	<p><b>POZIOM GLUKOZY</b> <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"></table> mg%</p> <p><table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"></table> g/l</p>

**III - ROZPOZNANIE**

OPIS	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:33%;">KOD ICD10</td> <td style="width:33%;">KOD ICD10</td> <td style="width:33%;">KOD ICD10</td> </tr> </table>	KOD ICD10	KOD ICD10	KOD ICD10
KOD ICD10	KOD ICD10	KOD ICD10		

**IV - POSTĘPOWANIE Z PACJENTEM**

<p><b>CZYNNOŚCI</b></p> <p>odsysanie..... <input type="checkbox"/> defibrylacja..... <input type="checkbox"/> kołnierz..... <input type="checkbox"/> linia żył. obw..... <input type="checkbox"/></p> <p>went. workiem..... <input type="checkbox"/> stymulacja zew..... <input type="checkbox"/> deska ortoped..... <input type="checkbox"/> linia żył. cent..... <input type="checkbox"/></p> <p>rurka UG..... <input type="checkbox"/> kardiowersja..... <input type="checkbox"/> materac próż..... <input type="checkbox"/> cewnikowanie..... <input type="checkbox"/></p> <p>intubacja..... <input type="checkbox"/> masaż serca..... <input type="checkbox"/> unieruchomienie..... <input type="checkbox"/> sonda żołąd..... <input type="checkbox"/></p> <p>respirator..... <input type="checkbox"/> EKG..... <input type="checkbox"/> opatrunek..... <input type="checkbox"/> monitorowanie..... <input type="checkbox"/></p> <p>tlenoter. biema..... <input type="checkbox"/> teletransmisja..... <input type="checkbox"/> inne.....</p>	<p><b>ZASTOSOWANE LEKI, WYROBY MED. (nazwa, dawka, droga podania)</b></p>
---	---

**ZALECENIA / UWAGI KIEROWNIKA ZESPOŁU**

**V - DANE PACJENTA I PRZEKAZANIE PACJENTA**

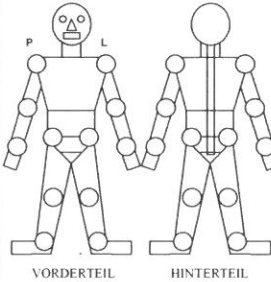
<p><b>DANE PACJENTA</b></p> <p>Imię: .....</p> <p>Nazwisko: .....</p> <p>Adres zamieszkania: .....</p> <p>ul: ..... nr:..... m: .....</p> <p>Rodz. i nr dok. tożsamości: .....</p>	<p>Ident. NFZ: <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px;"></table></p> <p>Data urodzenia / wiek: <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px;"></table></p> <p>NUMER PESEL pacjenta: <table border="1" style="display: inline-table; width: 150px; height: 40px;"></table></p>	<p><b>Decyzja podmiotu leczniczego:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Przyjęcie pacjenta <input type="checkbox"/> Odmowa przyjęcia</p> <p>Oznaczenie IP SOR <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px;"></table> Oznaczenie osoby przyjmującej <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px;"></table></p>
<p><b>Podpis i pieczęć kierownika ZRM:</b></p> <p><table border="1" style="display: inline-table; width: 200px; height: 40px;"></table></p> <p>Zespół (S/P): <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px;"></table></p> <p>data udzielenia pomocy .....</p>		<p><b>Przekazanie pacjenta w IP/SOR / innym:</b></p> <p>data..... godz..... min.....</p> <p>Stwierdzenie zgonu / odstąpienie od med. czynności rat.</p> <p>data..... godz..... min.....</p>

Zeichen von Disponenten des Rettungsmittels	Rettungsmittel - Code:	Einsatzauftrag - Nr:
---	------------------------	----------------------

I - ANAMNESE

	<b>Einsatzort</b> zu Hause..... <input type="checkbox"/> öffentlicher Ort ..... <input type="checkbox"/> im Verkehr ..... <input type="checkbox"/> in der Arbeit <input type="checkbox"/> in der Schule <input type="checkbox"/> in der Landwirtschaft..... <input type="checkbox"/>
--	---

II - UNTERSUCHUNG

<b>GLASGOW-COMA-SCALE</b> <b>AUGEN ÖFFNEN</b> spontan..... 4 Aufforderung..... 3 Schmerzreiz..... 2 kein..... 1 <b>VERBALE REAKTION</b> orientiert..... 5 desorientiert..... 4 wortsalat..... 3 unverständliche Laute..... 2 kein..... 1 <b>MOTORISCHE REAKTION</b> auf Aufforderung..... 6 gezielt..... 5 normale Beugeabwehr..... 4 abnormale Abwehr..... 3 Strecksynergismen..... 2 kein..... 1	<b>Revised Trauma Score</b> <b>ATEMFREQUENZ (AF)</b> 10-29..... 4 >29..... 3 6-9..... 2 1-5..... 1 brak..... 0 <b>SYSTOLISCHER RR</b> >89..... 4 76-89..... 3 50-75..... 2 1-49..... 1 0..... 0 <b>GCS</b> 13-15..... 4 9-12..... 3 6-8..... 2 4-5..... 1 3..... 0	<b>ATMUNG</b> AF..... <input type="checkbox"/> min Dyspnoe..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Zyanose..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Apnoe..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> unauffällig..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> schnurren..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> knistern..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> rasselgeräusch..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> keine..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> andere..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>PUPILLEN</b> <b>Lichtreaktion:</b> Unauffällig..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> träge..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> keine..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>Pupillenweite:</b> normal..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> eng..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> weit..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	 <b>VORDERTEIL</b> <b>HINTERTEIL</b>							
<b>SUMME</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>SUMME</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<b>BLUTDRUCK (RR)</b> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> mm Hg		<b>HF</b> regelmäßig <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / min nein. <input type="checkbox"/>							
<b>Symptome</b> Schock..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> H-K-Stilstand..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Meningismus..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Krampfanfall..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Aphasie..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Erbrechen..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Durchfall..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Blutung..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ödem..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Synkope..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<b>HAUT AUSSEHEN:</b> normal..... <input type="checkbox"/> blass..... <input type="checkbox"/> rötung..... <input type="checkbox"/> Gelbsucht..... <input type="checkbox"/> Zyanose-peripher..... <input type="checkbox"/> Zyanose-zentral..... <input type="checkbox"/> <b>FEUCHTIGKEIT:</b> normal..... <input type="checkbox"/> feucht..... <input type="checkbox"/> trocken..... <input type="checkbox"/> <b>TEMPERATUR:</b> normal..... <input type="checkbox"/> kalt..... <input type="checkbox"/> warm..... <input type="checkbox"/>		<b>ABDOMEN</b> regelrecht..... <input type="checkbox"/> druckschmerzhaft..... <input type="checkbox"/> keine..... <input type="checkbox"/> Darmgeräusche..... <input type="checkbox"/> akutes Abdomen..... <input type="checkbox"/> <b>PSYCHE</b> unauffällig..... <input type="checkbox"/> verlangsamt..... <input type="checkbox"/> angeregt..... <input type="checkbox"/> aggressiv..... <input type="checkbox"/>		<b>HERZTÖNE</b> rein..... <input type="checkbox"/> gedämpft..... <input type="checkbox"/> andere..... <input type="checkbox"/> <b>PARESE / PARALYSE</b> Arm..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bein..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>MUNGERUCH</b> Lösungsmittel..... <input type="checkbox"/> Alkohol..... <input type="checkbox"/> andere..... <input type="checkbox"/> <b>BZ</b> <input type="checkbox"/> mg% <input type="checkbox"/> g/l		<b>EKG</b> Sinusrhythmus..... <input type="checkbox"/> schmale QRS-Tachycardie..... <input type="checkbox"/> breite QRS-Tachycardie..... <input type="checkbox"/> Vorhofflimm./fla..... <input type="checkbox"/> AV blok..... <input type="checkbox"/> sVES..... <input type="checkbox"/> VES..... <input type="checkbox"/> VF/VT..... <input type="checkbox"/> Asystolie..... <input type="checkbox"/> PEA..... <input type="checkbox"/> Schrittmacherr..... <input type="checkbox"/> ak. Koronarsyndr..... <input type="checkbox"/> Infarkt EKG..... <input type="checkbox"/> andere:		<b>NOTFALLGESCHEHEN / ERSTBEFUND</b> <input type="checkbox"/> penetrierende Verletzungen von Kopf, Rumpf und stumpfe Verletzungen mit den Symptomen der Beteiligung von inneren Organen des Kopfes, Thorax und Abdomens <input type="checkbox"/> Amputation proximal des Knies oder Ellenbogens <input type="checkbox"/> ausgeprägte Quetschung der Extremitäten <input type="checkbox"/> Verletzungen des Rückenmarkes <input type="checkbox"/> Frakturen mit Beteiligung der Gefäße und Nerven <input type="checkbox"/> Frakturen der mindestens zwei proximalen langen Röhrenknochen oder des Beckens	

III - DIAGNOSE

BESCHREIBUNG

KOD ICD10	KOD ICD10	KOD ICD10
-----------	-----------	-----------

IV - MAßNAHMEN

<b>CZYNNOSCI</b> Absaugen..... <input type="checkbox"/> Defibrillation..... <input type="checkbox"/> Cervicalstütze..... <input type="checkbox"/> periph-ven.Zug..... <input type="checkbox"/> Beutel-Beatmung..... <input type="checkbox"/> ext. Schrittmacher..... <input type="checkbox"/> Spineboard..... <input type="checkbox"/> zentral-ven.Zug..... <input type="checkbox"/> Gudel Tubus..... <input type="checkbox"/> Kardioversion..... <input type="checkbox"/> Vakuummratze..... <input type="checkbox"/> DK..... <input type="checkbox"/> Intubation..... <input type="checkbox"/> HDM..... <input type="checkbox"/> Immobilisation..... <input type="checkbox"/> Magensonde..... <input type="checkbox"/> Beatmungsgerät..... <input type="checkbox"/> EKG..... <input type="checkbox"/> Verband..... <input type="checkbox"/> Monitoring..... <input type="checkbox"/> Sauerstoffgabe..... <input type="checkbox"/> Teletransmission..... <input type="checkbox"/> andere..... <input type="checkbox"/>	<b>MEDIKAMENTE DOSIS (mg/ml/IE)</b>   
<b>BEWERTUNGEN</b>   	

V - PATIENTENDATEN UND ÜBERGABE

<b>PATIENTENDATEN</b> Vorname: ..... Nachname: ..... Adresse: ..... Strasse: .....      Nr: ..... Art. Und Nr. des Ausweises: .....	Identifikation der Krankenkasse:      Geburstdatum / Alter: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> PESEL-Nummer von Patienten: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Entscheidung des Krankenhauses:</b> <input type="checkbox"/> Aufnahme des Patien <input type="checkbox"/> Ablehnung der Aufnahme  Zeichen der Notaufnahme      Zeichen des Aufnehmers  Übergabe an Notaufnahme/Andere: Datum..... Stunde..... Minuten..... Todesfeststellung / Beendigung der Maßnahmen: Datum..... Stunde..... Minuten..... Datum der geleisteten Maßnahmen .....
--	--	--



PROTOKÓŁ AKCJI RAT.

TRANSGRANICZNY (zgodny z MIND 3)
Imię i nazwisko, Data, Miejsce akcji, Rodzaj zdarzenia, 2. PRZEBIEG ZDARZENIA

3. BADANIE Godzina, 3.1. Badanie neurologiczne, 3.2. Parametry, 3.3. EKG, 3.4. Oddych, 3.5. Postępowanie/Stan psychiczny, 3.6. Skóra

4.1. Zachowanie, 4.2. Urazy, 4.3. Diagnostyka, 4.4. Diagnostyka, 4.5. Diagnostyka, 4.6. Diagnostyka

5. PRZEBIEG Czas, 5.1. Puls, 5.2. RR, 5.3. Długość, 5.4. Ciężkość, 5.5. Ciepłota, 5.6. Ciężkość

6. CZYNNOSCI, 6.1. Sposób, 6.2. Oddych, 6.3. Dalsze czynności, 6.4. Monitoring, 6.5. Lekki

7. Przekazanie, 7.1. Parametry, 7.2. EKG, 7.3. EKG, 7.4. Oddych, 7.5. Postępowanie/Stan psychiczny, 7.6. Skóra, 7.7. Uwagi

8.2. Pomoc udzielona przez świadków, 8.3. Kategoria zdarzenia, 8.4. Skala NACA, 8.5. Uwagi

Für alle Angaben gilt: Nur notfallmedizinisch relevanten Daten angeben! Blatt weiß: Original (Verbleib in der Patientenakte) Blatt Gelb: Ersatzdokumentation (Rettungsmittel)