

Body Check

		Ja	Nein
Bewusstsein	<ul style="list-style-type: none"> • Kann der Betroffene Fragen nach Name, Geburtsdatum, dem aktuellen Datum, Wohnort und Namen sowie Reederei des Schiffes beantworten? 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<ul style="list-style-type: none"> • Gesicht: Unterschiede im Seitenvergleich (insb. Augenlider/Mundwinkel)? 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<ul style="list-style-type: none"> • Sprachstörungen? 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<ul style="list-style-type: none"> • Sehstörungen (Doppelbilder/Ausfall von Teilbereichen)? 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<ul style="list-style-type: none"> • Pupillen gleich groß und werden bei Licht kleiner? 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<ul style="list-style-type: none"> • Pupillen unterschiedlich groß oder reagieren nicht auf Licht? 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kopf	<ul style="list-style-type: none"> • Blutung, Blutergüsse, Schwellungen? 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<ul style="list-style-type: none"> • Kopf mit beiden Händen umfassen: Blutungen am Hinterkopf? 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<ul style="list-style-type: none"> • Abtasten: Kanten/Verformungen? Schmerzen? 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<ul style="list-style-type: none"> • Flüssigkeitsaustritt in den Gehörgängen oder Nase? 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brustkorb	<ul style="list-style-type: none"> • Blutung, Blutergüsse, Schwellungen, Abschürfungen? 		<input type="checkbox"/>
	<ul style="list-style-type: none"> • Abtasten: Schultergürtel (Schlüsselbeine): innen nach außen, Rippen und Brustbein von oben nach unten und seitliche Thoraxkompression: Knochen instabil? Schmerzen? 	<input type="checkbox"/>	
	<ul style="list-style-type: none"> • Atemgeräusche (Pfeifen, Brodeln)? 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<ul style="list-style-type: none"> • Brustkorbbewegungen seitengleich? 		<input type="checkbox"/>
Bauch	<ul style="list-style-type: none"> • Blutung, Blutergüsse, Schwellungen, Abschürfungen? 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<ul style="list-style-type: none"> • Abtasten: Abwehrspannung? Schmerzen? 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Becken	<ul style="list-style-type: none"> • Blutung, Blutergüsse, Schwellungen, Abschürfungen? 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<ul style="list-style-type: none"> • Vorsichtig abtasten: Instabilität des Beckens? 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<ul style="list-style-type: none"> • Blut aus der Harnröhre? 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<ul style="list-style-type: none"> • Genitalien: Schwellungen? Blutergüsse? Schmerzen? 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gliedmaßen	<ul style="list-style-type: none"> • Blutung, Blutergüsse, Schwellungen, Fehlstellungen, Abschürfungen? 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<ul style="list-style-type: none"> • Abtasten und anwinkeln: Stabilität der Knochen, Schmerzen/Ausstrahlung? 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<ul style="list-style-type: none"> • Hauttemperatur lokal besonders erhöht? Rötung? 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<ul style="list-style-type: none"> • Berührungen im Seitenvergleich: innen und außen, körpernah nach körperfern, Beine nacheinander anheben (lassen): Gefühl gleich? 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<ul style="list-style-type: none"> • Händedruck: Kraft seitengleich? 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Body Check

		Ja	Nein
Haut	<ul style="list-style-type: none"> rosig blau blass warm kaltschweißig kalte Finger / warmer Rumpf 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<ul style="list-style-type: none"> Blutung, Blutergüsse, Schwellungen? Abtasten / abklopfen: Schmerzen/Ausstrahlung? 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<h3>Vitalparameter</h3> <p>Puls: _____ /min</p> <p>Blutdruck: _____ mmHg</p> <p>Temperatur: _____ °C im After / unter der Zunge / unter der Achsel</p> <p>Atemfrequenz: _____ /min</p>			
<h3>Beurteilung von Schmerzen</h3> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;">       </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;"> <p>0</p> <p>Kein Schmerz</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>2</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>4</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>6</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>8</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>10</p> <p>Stärkster Schmerz</p> </div> </div>			
<h3>Bemerkungen</h3> 			
Datum und Uhrzeit		Untersucher	
		Unterschrift	