



## Med. Ereignisprotokoll / Erstmeldung

Dieses Formular ist auszufüllen wenn:

- Person ausfällt (kurz/langfristig)    Person Bewusstsein verloren hat    Mehr als eine Person betroffen  
 Gefährliche Situation für Mensch/Umwelt/Sache    Eine Drittstelle involviert werden muss    Nähere Abklärung notwendig

- Mitarbeiter    Nicht Mitarbeiter (in Auftrag der Unternehmung)    Besucher

Name ..... Vorname: .....

Personalnummer: ..... Geb.Datum:.....

\* OE, Tel.Nr. ....

\* Anstellung als: .....

\* Vorgesetzter, Tel.Nr: .....

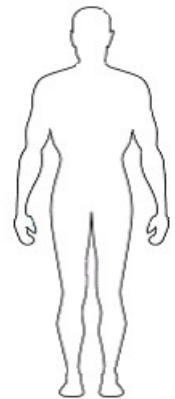
\* Bei nicht Mitarbeiter und Besuchern: Anschrift, Kontaktperson, Tel.Nr.

- Ausbildung  
 Führungskraft  
 Gelernt  
 Angelernt  
 Ungelernt  
 Lehrling

- Anstellung:  
 100%  
 Teilzeit .....%  
 Temporär

- Berufsunfall    Berufskrankheit    Nichtberufsunfall    Beinahe-Unfall    Sachschaden

## Verletzungsbeschreibung / Behandlung



Vorne    Hinten

Behandelnder Arzt/Spital:

## Ereignisbeschreibung

Datum des Ereignisses: .....

Uhrzeit des Ereignisses: .....

Ereignisort: .....

Arbeitsmittel: .....

Beschreibung:

## Vitalwerte / Beurteilung

Blutdruck: .....

Blutzucker: .....

Sauerstoffsättigung / Herzfrequenz:.....

Körpertemperatur : Armmessung  Ohrmessung  ..... Grad

Herzschlag: regelmässig  unregelmässig  kräftig  schwach

Beurteilung: Gesicht  Gesamtkörper  blass  gerötet  bläulich  trocken  verschwitzt

Zustand/Verfassung: aufgeregt  depressiv/traurig  aggressiv  hilfesuchend  normal

SIBE wurde beigezogen  Ja   Datum: ..... Uhrzeit: ..... Kurzzeichen: .....

**SCHWEIGEPFLICHT**  
der persönlichen Daten

Dieses Dokument untersteht dem Datenschutz und ist Drittpersonen nicht zugänglich zu machen.  
**Wenn Drittpersonen dieses Dokument auffinden, ist es unverzüglich dem SIBE zu übergeben.**



**Anamnese (Achtung: Aussagen gemäss Angabe Patient und müssen nicht zwingend richtig sein)**

- |   |   |
|---|---|
| 1 <b>Diabetes / Insulin</b> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>           | 9 <b>In Behandlung / Arzt / Wer</b> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>       |
| 2 <b>Asthma</b> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>                       | 10 <b>Antidepressiva</b> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>                  |
| 3 <b>Epileptische Anfälle</b> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>         | 11 <b>Sonstige Medikamente / Aspirin</b> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>  |
| 4 <b>Schwangerschaft</b> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>              | 12 <b>Symptome bekannt</b> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>                |
| 5 <b>Blutdrucksenkende Mittel</b> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>     | 13 <b>Vorgeschichte in Familie</b> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>        |
| 6 <b>Blutverdünner</b> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>                | 14 <b>Drogenkonsum</b> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>                    |
| 7 <b>Bekante Allergien</b> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>            | 15 <b>Alkoholkonsum</b> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>                   |
| 8 <b>Bekante Krankheiten / welche</b> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | 16 <b>Auffälligkeit b. Essen/Erlebnis</b> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |

**Nr. Beschreibung**

20 = Situation vor dem Ereignis 21 = Hergang 22 = Situation nach dem Ereignis 23 = konkrete Ursache  
 24 = Wie kann es künftig verhindert werden 25 = Kosten

**Sofortmassnahmen / Massnahmen** **Verantw.** **bis Datum** **Geprüft**

--	--	--	--

= Sofortmassnahme