

Angaben zur Person

Vorname, Name der/des Verletzten bzw. Erkrankten _____ Frau Mann

Abteilung/Arbeitsbereich/Tätigkeit _____

Klinik/Einrichtung _____

Angaben zum Unfall bzw. Gesundheitsschaden

Datum _____ Uhrzeit _____

Ort des Unfalles _____

Hergang (Ablauf mit Hinweisen zur Unfall- bzw. Verletzungsursache)

Art und Umfang der Verletzung/Erkrankung

Name der Zeugin/des Zeugen _____

Erste-Hilfe-Leistungen/Behandlung

Art und Weise der Erste-Hilfe-Maßnahmen/Behandlung

Name der/des Erste-Hilfe-Leistenden/Behandelnden _____

Datum _____ Uhrzeit _____

Durchgangsarzt/-ärztin wird/wurde aufgesucht Ja Nein

**Bitte senden Sie das ausgefüllte Verbandbuch unverzüglich
ärztinnen und ärzte an: dispo@doctari.de • pflegfachkräfte an: dispo-pflege@doctari.de**

