

# LEITENDER NOTARZT BAYERN EINSATZDOKUMENTATION

VERSION 1.2 Empfehlung der KVB 2015 zuletzt geändert 2019

## Einsatztechnische Daten

Einsatz-Datum	Einsatznummer   _____
Alarmierungsgrund   _____	ILS   _____

Alarm	Ankunft
Dauer	
Einsatzende	Einsatzbereit

Einsatz-Ort	_____		
	<input type="checkbox"/> Einfamilienhaus <input type="checkbox"/> Mehrfamilienhaus <input type="checkbox"/> Bürogebäude <input type="checkbox"/> Betriebsgelände <input type="checkbox"/> Hochhaus <input type="checkbox"/> Sonstige   _____	<input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> Altenheim <input type="checkbox"/> Kindertagesstätte <input type="checkbox"/> Schule <input type="checkbox"/> sonst. Bildungseinrichtung	<input type="checkbox"/> Sportstätte <input type="checkbox"/> Massenveranstaltung <input type="checkbox"/> öff. Raum <input type="checkbox"/> Straße <input type="checkbox"/> Flughafen/-platz

Einsatz-Art	<input type="checkbox"/> Primäreinsatz <input type="checkbox"/> LNA-Nachforderung <input type="checkbox"/> Fehleinsatz	<input type="checkbox"/> Brand <input type="checkbox"/> Verkehrsunfall <input type="checkbox"/> Gefahrstoff <input type="checkbox"/> Gas	<input type="checkbox"/> Infekt <input type="checkbox"/> Bombenfund <input type="checkbox"/> Schienenfahrzeug <input type="checkbox"/> Luftfahrzeug	<input type="checkbox"/> Polizeieinsatz <input type="checkbox"/> Wassernot <input type="checkbox"/> Bergrettung <input type="checkbox"/> Sonstige
-------------	--	---	--	--

Name LNA	_____	Rufname eigenes Fahrzeug   _____
Name OrgL	_____	

Beteiligt	<input type="checkbox"/> UG-SanEL <input type="checkbox"/> ÖEL		
	<input type="checkbox"/> NEF      Anzahl  ____  <input type="checkbox"/> NAW      Anzahl  ____  <input type="checkbox"/> RTW      Anzahl  ____  <input type="checkbox"/> KTW      Anzahl  ____  <input type="checkbox"/> RTH/ITH   Anzahl  ____  <input type="checkbox"/> ITW      Anzahl  ____  <input type="checkbox"/> GRTW     Anzahl  ____  <input type="checkbox"/> Sonstige   _____	<input type="checkbox"/> SEG/Bereitschaften   Anzahl  ____  <input type="checkbox"/> Polizei <input type="checkbox"/> Feuerwehr <input type="checkbox"/> Wasserrettung <input type="checkbox"/> Bergrettung <input type="checkbox"/> Rettungshunde <input type="checkbox"/> THW	Anzahl  ____  _____ _____ _____ _____ _____ _____

Patienten	Sichtungskategorie I	Anzahl  ____	Abtransporte	Anzahl  ____
	Sichtungskategorie II	Anzahl  ____	<i>Sonstige Betroffene:</i>	
	Sichtungskategorie III	Anzahl  ____	evakuiert	Anzahl  ____
	Sichtungskategorie IV	Anzahl  ____	betreut	Anzahl  ____

Einsatz-Datum

Einsatznummer | \_\_\_\_\_ |



Einsatzgeschehen

Maßnahmen LNA

Verlauf

Bemerkung

Unterschrift Leitender Notarzt | \_\_\_\_\_ |

(Arztstempel)

Die Informationen nach Art. 13 und 14 DSGVO finden Sie unter [www.kvb.de/datenschutz](http://www.kvb.de/datenschutz) .  
Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gerne in Textform zu.