



SCHADENPLATZORGANISATION

GROSSEREIGNIS RETTUNGSDIENSTE BS UND BL

V-2022

EINSATZ NR.:	DATUM / ZEIT:	ERSTELLER:	EREIGNIS:
--------------	---------------	------------	-----------

LAGESKIZZE

- Gefahrenzone
- Sperrzone
- Verkehrsumleitzone
- Patientensammelstelle
- Sanitätshilfsstelle
- Rettungssachse
- Einsatzleitung / Schadenplatzkommando
- Warteraum
- Sammelstelle Unverletzte
- Mediensammelstelle
- Überwachung / Bewachung
- Pforte



SPITAL-KAPAZITÄTEN

GROSSEREIGNIS RETTUNGSDIENSTE BS UND BL

V-2022

BLATT NR.:

EINSATZ NR.:	DATUM/ZEIT:	ERSTELLER:	EREIGNIS:
--------------	-------------	------------	-----------

ZEIT	SPITAL	VERLETZUNGEN			SHT	VERBRENNUNGEN	KIND	TRANSPORTE
		SCHWER	MITTEL	LEICHT				
TOTAL:								



PATIENTENLISTE

RETTUNGSDIENSTE BS UND BL

EINSATZ NR.:	DATUM/ZEIT:	ERSTELLER:	EREIGNIS:
--------------	-------------	------------	-----------

ERHEBUNGSORT: TRANSPORT

ZEIT	PLS NR.	VERDACHTSDIAGNOSE	KIND	TRIAGE KATEGORIE	ZIELSPITAL	TRSP-BEGINN	RD/ORG.								
				<table border="1"><tr><td>I</td><td>II</td><td>III</td><td>IV</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	I	II	III	IV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
I	II	III	IV												
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
				TRANSPORT DURCH:											
				<table border="1"><tr><td>I</td><td>II</td><td>III</td><td>IV</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	I	II	III	IV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
I	II	III	IV												
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
				TRANSPORT DURCH:											
				<table border="1"><tr><td>I</td><td>II</td><td>III</td><td>IV</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	I	II	III	IV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
I	II	III	IV												
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
				TRANSPORT DURCH:											
				<table border="1"><tr><td>I</td><td>II</td><td>III</td><td>IV</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	I	II	III	IV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
I	II	III	IV												
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
				TRANSPORT DURCH:											
				<table border="1"><tr><td>I</td><td>II</td><td>III</td><td>IV</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	I	II	III	IV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
I	II	III	IV												
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
				TRANSPORT DURCH:											



EINSATZ NR.:	DATUM / ZEIT:	ERSTELLER:	EREIGNIS:
--------------	---------------	------------	-----------

EL / SchplKdt

NAME _____

MOBILE _____

EL / SchplKdt STV

NAME _____

MOBILE _____

CHEF POLIZEI

NAME _____

MOBILE _____

CHEF FEUERWEHR

NAME _____

MOBILE _____

CHEF SANITÄT

NAME _____

MOBILE _____

CHEF TECH. BETRIEBE

NAME _____

MOBILE _____

CHEF ZIVILSCHUTZ

NAME _____

MOBILE _____

CHEF SPEZIALISTEN

NAME _____

MOBILE _____

LNA

NAME _____

MOBILE _____

EL SAN

NAME _____

MOBILE _____

ARZT TRIAGE

NAME _____

MOBILE _____

ARZT BEHANDLUNG

NAME _____

MOBILE _____

ARZT TRANSPORT

NAME _____

MOBILE _____

CHEF SANHIST

NAME _____

MOBILE _____

CHEF FRONT

NAME _____

MOBILE _____

CHEF TRANSPORT

NAME _____

MOBILE _____

CHEF TRIAGE

NAME _____

MOBILE _____

CHEF BEHANDLUNG

NAME _____

MOBILE _____

CHEF WARTERAUM

NAME _____

MOBILE _____

ELZ KOORDINATOR

NAME _____

MOBILEK _____

CHEF IES CHECKPOINT

NAME _____

MOBILE _____

1

2

3

2

1

1

3

3

2

3

3