



**Einsatzprotokoll für den Organisatorischen Leiter**

Landkreis/Stadt	Einsatzdatum	Einsatznummer
-----------------	--------------	---------------

Einsatzort

Name OrgL	Name LNA
-----------	----------

Alarmierungszeit	Alarm durch	Kostenträger
------------------	-------------	--------------

Einsatzmeldung/Grund der Alarmierung

sofort veranlasste Maßnahmen

Ausrücken zum Einsatzort <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Ausrückezeit	Standort	Fahrzeug	Ankunftszeit
---	--------------	----------	----------	--------------

**Lage bei Eintreffen**

Name Einsatzleiter

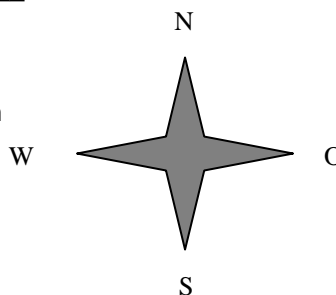
Lagebeschreibung



Tag  Nacht  Dämmerung

Temperatur: \_\_\_\_\_ °C

Wind:  kein  
 schwach  
 mittel  
 stark  
 Sturm



Lageskizze im Anhang  ja  nein



**Patienten bei Eintreffen**

Anzahl Patienten				Anzahl Betroffene			
SK I	SK II	SK III	SK IV	EX			

**Kräfte bei Eintreffen**

RTW	Anzahl	KTW	Anzahl	NEF	Anzahl	RTH	Anzahl
SEG S	Anzahl	SEG B	Anzahl	SEG V	Anzahl	G-RTW	Anzahl
Bus	Anzahl	MTW	Anzahl	Dekon	Anzahl	PSU/ NFS	Anzahl

**Behandlungskapazität**

Fachbereich	benötigte Anzahl			Vorhandene Anzahl								
				Uhrzeit			Uhrzeit			Uhrzeit		
	Akut/ OP	ÜW	Beatmung	Akut/ OP	ÜW	Beatmung	Akut/ OP	ÜW	Beatmung	Akut/ OP	ÜW	Beatmung
Chirurgie												
Neurochirurgie												
Verbrennung												
Innere												
Pädiatrie												
Psychiatrie												
Betreuung												
Sonstige												
Sonstige												

**Transportkapazitäten**

Art	benötigte Anzahl	vorhandene Anzahl		
		Uhrzeit	Uhrzeit	Uhrzeit
RTW mit Arzt				
RTW ohne Arzt				
KTW				
RTH				
KTW-4T				
Bus				
MTW				
Sonstige				



Einsatzende			
Datum		Uhrzeit	
Einsatznachbereitung			
psychologische Einsatznachsorge erforderlich		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Aufgetretene Probleme			
erforderliche Maßnahmen			
			Maßnahmen veranlasst <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Verletzung / Erkrankung von Einsatzkräften		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Name	Einheit	Verletzung/Erkrankung	Maßnahmen
Materialschaden <i>(kein Verbrauchsmaterial!)</i>		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Materialbezeichnung	Einheit	Schaden	Maßnahmen
Protokollende			
Datum		Uhrzeit	Unterschrift des OrgL