



Stammdaten

 Patientencode: _____ Interne Bemerkung: _____

Geburtsdatum: ____ . ____ . ____ oder

Alter bei Aufnahme: _____

Geschlecht

- Männlich
- Weiblich
- Divers

Unfall

Unfalldatum: ____ . ____ . 20__

Unfalluhrzeit: ____ : ____ Uhr

- Unfalldatum unsicher
- Unfalluhrzeit unsicher

Aufnahmedatum: ____ . ____ . 20__

Aufnahmeuhrzeit: ____ : ____ Uhr

Primäre/Sekundäre Aufnahme

- Primäre Aufnahme
- Sekundäre Aufnahme
- Sekundäre Aufnahme, eigene ambulante Vorbehandlung
- Sekundäre Aufnahme, externe ambulante Vorbehandlung
- Sekundäre Aufnahme, externe stationäre Vorbehandlung

Unfallursache

- Verbrühung (Wasser oder wässrige Lösungen)
- Flamme (auch Verpuffung)
- Fettverbrennung (auch Öl)
- Kontakt flüssiger Feststoff (z.B. Eisen, Kunststoff)
- Kontakt Feststoff (Herdplatte)
- Stromunfall – Niederspannung <1000V
- Stromunfall – Hochspannung >1000V
- Stromunfall – Blitz
- Erfrierung
- Explosion (Hitzewelle)
- Säure
- Lauge
- Großflächige blasenbildende Hauterkrankung (z.B. TEN, Stevens-Johnson, SSSS)
- Sonstige

Unfallzusammenhang

- Haus-/Freizeitunfall
- Arbeits-/Schulunfall
- Verkehrsunfall
- Suizid
- Kriminell/Kindermisshandlung (mutmaßlich Opfer einer vorsätzlich kriminellen Handlung)
- Sonstige: _____

Aufnahme

Präklinik

Volumen präklinisch verabreichter Kristalloide/Kolloide: _____ ml

Patienteninformationen

Körpertemperatur: _____ °C

Größe des Patienten: _____ cm

Gewicht des Patienten: _____ kg

Alkoholgehalt erhoben: Nein Ja

Alkoholgehalt im Aufnahmelabor: _____ mg/dl / µmol/l / ‰



Risikofaktoren/Komorbiditäten

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Keine Risikofaktoren | <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> COPD |
| <input type="checkbox"/> pAVK | <input type="checkbox"/> Suchterkrankungen (Drogen/Alkohol) |
| <input type="checkbox"/> KHK | <input type="checkbox"/> Psychiatrische Erkrankungen (F-Diagnosen, inkl. Demenz) |
| <input type="checkbox"/> Tabakkonsum | <input type="checkbox"/> Unbekannt |
| <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz | |

Verbrennungsgrad

Verbrennungen Grad 2a [%]: _____

Verbrennungen Grad 2b [%]: _____

Verbrennungen Grad 3 [%]: _____

*VKOF \geq 15: zusätzliche Frage beantworten

Inhalationstrauma

Hinweise auf ein Inhalationstrauma (IHT) Nein Ja

Bronchoskopie bei Aufnahme Nein Ja

IHT bronchoskopisch gesichert? Nein Ja

Klinische Parameter bei Aufnahme

pO₂: _____ mmHg Kreatinin im Aufnahmelabor: _____ mg/dl / μ mol/l

FiO₂: _____ % Laktat: _____ μ mol/l

Lagen traumatische Begleitverletzungen vor? (Organverletzungen und/oder Knochenbrüche) Nein Ja

Klinischer Verlauf

Klinischer Verlauf Tag 1

Gesamtgabe oraler/enteraler Flüssigkeiten 0-24 h nach Unfall: _____ ml

Gesamtgabe intravenös von kristalloiden Lösungen 0-24 h nach Unfall (inkl. präklinischer Flüssigkeitssubstitution):* (VKOF \geq 15%) _____ ml

Kolloide 0-24 h nach Unfall* (VKOF \geq 15%)

- Nein
- Ja, Gesamtgabe intravenös von kolloiden Lösungen 0-24 h (inkl. präklinischer Flüssigkeitssubstitution): _____ ml

Kontinuierliche Katecholamin-Gabe mindestens über die ersten 24 Stunden nach Aufnahme Nein Ja

SOFA-Score Aufnahmetag: _____

Klinischer Verlauf Tag 2

Gesamtgabe oraler/enteraler Flüssigkeiten 0-48 h nach Unfall: _____ ml

Gesamtgabe von kristalloiden Lösungen 0-48 h nach Unfall:* (VKOF \geq 15%) _____ ml



Kolloide 0-48 h nach Unfall* (VKOF \geq 15%)

- Nein
- Ja, Gesamtgabe von kolloiden Lösungen 0-28 h
(inkl. präklinischer Flüssigkeitssubstitution): _____ ml

Kreatinin Tag 2:* _____ mg/dl / μ mol/l SOFA-Score Tag 2: _____
(VKOF \geq 15%)

Laktat Tag 2: _____ μ mol/l

Weitere Behandlung

Wurde im Rahmen der Behandlung ein enzymatisches
Débridement (Nexobrid) angewendet? Nein Ja
Datum: ____ . ____ . 20__

Datum der ersten tangentialen oder epifaszialen Nekrektomie
bei 2b und 3.-gradigen Verbrennungen: Datum: ____ . ____ . 20__

Gesamtanzahl sämtlicher Operationen (auch enzymatisches Débridement,
Tracheotomien, Escharotomien, Laparotomien, Cholezystekomien,
inklusive Aufnahmebad) bis zur Verlegung von SV-Station: _____

Beatmungsstunden ab Unfallzeitpunkt (+/- 30 min. Toleranz): _____ d / h

Komplikationen

Pneumonie Nein Ja
Sepsis Nein Ja
Wundinfektion Nein Ja
Wenn ja: Invasive Wundinfektion Nein Ja
Datum: ____ . ____ . 20__

**Tod während des gesamten Klinikaufenthaltes
(inkl. Normalstation)** Nein Ja
Wenn ja: Therapiebegrenzung Nein Ja

Entlassung

Zeitpunkt der Verlegung von SV-Station

Datum: ____ . ____ . 20__ **Uhrzeit:** ____:____ Uhr

Zeitpunkt Entlassung (oder Verlegung) aus dem Krankenhaus

Datum: ____ . ____ . 20__ **Uhrzeit:** ____:____ Uhr