

Erfassungsbogen für schwere Verbrennungen und Verätzungen

Nachname _____		Vorname _____		Geburtsdatum _____		Eingetroffen am _____	
Straße _____		PLZ _____	Ort _____		Staatsangehörigkeit _____		Geschlecht <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m
Unfallort Firma: _____ Straße: _____ PLZ Ort: _____				Versicherungsträger Firma: _____ Straße: _____ PLZ Ort: _____			

Datum des Unfalls <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> -20 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				Uhrzeit des Unfalls <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Berufsunfall: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Beruf: _____		Uhrzeit Arbeitsbeginn <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Unfallhergang: _____ _____ _____ <input type="checkbox"/> Säure <input type="checkbox"/> Base <input type="checkbox"/> Kalk Beton <input type="checkbox"/> andere							
Auge L <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Verätzungsgrad R: _____ L: _____ (0-IV)		Bester Visus vor dem Unfall R: _____ L: _____			
Agens-Art: _____							
Ungefähre Temperatur des Agens: _____ °C				Verätzung mit Druck <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja techn. Druckangabe: _____ (BAR,PAS)			

Wer hat zuerst gespült? _____		Zeitraum bis zur 1. Spülung _____ min		Spülmedium der 1. Spülung _____	
Ort der 1. Medizinischen Versorgung: Name der Klinik: _____ Straße: _____ PLZ Ort: _____			Bisherige Therapie _____ _____ _____		
Primäre Chirurgie <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			Welcher Art? _____		
Befund: _____			Therapie: _____		

Anamnese: _____ _____					
Visus früher: _____		VisusL-alt: _____		Brille <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Behandelnder Augenarzt Name der Praxis: _____ Straße: _____ PLZ Ort: _____					