



Telefon: 0451 19222

Telefax: 0451 1223809

E-Mail: einsatzleitstelle.feuerwehr@luebeck.de

## Integrierte Leitstelle Lübeck

### Anforderungsformular für luft- oder bodengebundene Intensivtransporte, für Schwerlast-Transporte, für Ferntransporte

**Intensivtransportwagen (ITW)  
Verlegungsarzteeinsatzfahrzeug (VEF)  
Schwerlast Rettungswagen (S-RTW)  
Fernkrankentransport (KTW)**

**Auszufüllen von der abgebenden Behandlungseinrichtung.**

Krankenkasse / Kostenträger		Patientengewicht	kg
		Größe	cm
Patientenname <i>(alternativ: Patientenaufkleber)</i>			
Name:		Infektion	
Vorname:		Nein	
Geburtsdatum		Ja, folgende:	
Adresse			

<b>Startklinik (Stempel)</b>		<b>Zielklinik</b>	
Klinikname:		Klinikname:	
Straße		Straße	
PLZ/Ort		PLZ/Ort	
Gebäude, Station		Gebäude, Station	
Telefon		Telefon	
zuständiger Arzt		zuständiger Arzt	

<b>Dringlichkeit</b>			
sofort (<30 min)	dringend (<2 h)	im Tagesverlauf	Folgetag
(Bitte beachten Sie die Anfahrtszeit)		anderer Termin:	

<b>Medizinische Daten:</b>	
<b>Hauptdiagnosen (max. 3):</b>	
<b>Verlegungsgrund:</b>	

<b>Bewusstseinslage:</b>	orientiert		<b>Monitoring:</b>	Standard (EKG, SpO <sub>2</sub> , NIBP)	
	somnolent			ZVK	
	bewusstlos			Kapnometrie	
	(analgo) sediert			invasive RR- Messung	
				sonstige:	

Kreislauf: stabil instabil

**Herz-Kreislaufunterstützende Medikamente:**

**Wirkstoff:**

<b>Atmung</b>	spontan	<b>Intensivmedizinische Ausstattung</b>		
	O <sub>2</sub> -Gabe	Perfusor >2	Anzahl:	
	beatmet	Infusomaten	Anzahl:	
	NIV			
	Intubiert	Schrittmacher (passager)		
	tracheotomiert	IABP	ECMO	
		Thoraxdrainage		
<b>Beatmungsform</b>	VCV	Anzahl: li: re:		
	PCV / BIPAP			
	SIMV	Notfallrespirator		
	CPAP	Intensivrespirator		
	ASB	Vakuummattatze		
andere:	220V Stromversorgung			
FiO <sub>2</sub> >0,5	Inkubator			
PEEP >8				

**Wichtige weitere Bemerkungen:**

## Medizinische Indikation für den Versorgungsbedarf von Sekundärtransporten

Indikationskriterien		ja	nein	
1.	Notwendigkeit einer komplexen Beatmungstherapie, z.B. ARDS	1. ITW	weiter mit lfd. Nr. 6ff	
2.	Notwendigkeit einer differenzierten kreislaufunterstützten Therapie mit mehr als 1 Medikament			2. RTW + VEF
3.	mehr als eine Thoraxdrainage mit Sog			
4.	Notwendigkeit einer externen Organunterstützung (z.B. ECMO, IABP, u.a.)	ITW		
5.	geplanter arztbegleiteter Transport (vor allen Dingen bei langen Transportstrecken)			
6.	beherrschte Schmerzsymptomatik			
7.	STEMI inkl. Versorgung (PTCA) vor >24Std. und beschwerdefrei			
8.	NSTEMI Diagnosestellung vor >24Std. und beschwerdefrei			
9.	Stromunfall mit Niederspannung und unauffälligem EKG			
10.	Schlaganfall mit stabilen neurologischen Störungen			
11.	stattgehabter unkomplizierter epileptischer Anfall			
12.	leichtes Schädel-Hirn-Trauma nach durchgeführter Diagnostik			
13.	keine Verletzungskriterien in ein höherwertiges Traumazentrum			
14.	keine Todesnähe bzw. begonnener Sterbeprozess (entfällt bei palliativen Therapieansatz)			
<b>Atemweg:</b>				
15.	Offenheit der oberen Atemwege			
16.	vorhandene Schutzreflexe (entfällt bei Trachealkanüle)			1. RTW + VEF
17.	keine oro- oder nasotracheale Intubation			
18.	bei Trachealkanüle: Trachealkanüle wurde bereits mind. einmalig problemlos gewechselt und es besteht kein akuter Wechselbedarf			2. RTW + NEF
<b>Atmung:</b>				3. ITW
19.	Spontanatmung ohne masch. Unterstützung (Atemfrequenz 8 - 24 pro Minute)			
20.	SpO <sub>2</sub> >90% bei Raumluft ohne Luftnot			
21.	Thoraxdrainage nach erfolgter Kontrolle und ohne Sog			
22.	Heimbeatmung ohne akutes respiratorisches Defizit			
<b>Circulation:</b>				
23.	keine anhaltende oder schwere Blutung			
24.	Kreislaufstabilität, akut keine Kreislauftherapie (Volumentherapie, Katecholamintherapie) notwendig oder während des Transportes zu erwarten			
25.	keine schwerwiegende Arrhythmie seit >24 Stunden			
26.	keine arterielle Blutdruckmessung			
27.	kein passagerer Schrittmacher			
<b>Neurologie:</b>				
28.	keine akute, neue auftretende Vigilanzminderung			
29.	keine intracranielle Druckmessung			

### **Kostenübernahme-Erklärung**

Mit diesem Schreiben erklären wir uns bereit, die Kosten für den Transport von oben genannter Patient/in zu übernehmen, falls sich die Krankenkasse hierzu nicht in der Lage sieht.

Mit diesem Schreiben bescheinigen wir außerdem die Notwendigkeit eines Transportes/Intensivtransportes mit ggf. notwendiger Arztbegleitung.

Name der abgebenden Behandlungseinrichtung  
und Unterschrift

Stempel der abgebenden Behandlungseinrichtung

<b>Bearbeitungsvermerk der Leitstelle:</b>	
Einsatz angelegt:	
Einsatznummer:	
Besatzung informiert:	
an Wache gefaxt:	
Disponent:	
Datum/Uhrzeit:	
übergeben an:	

**Ausgefüllt per E-Mail oder per Fax an:**

**[einsatzleitstelle.feuerwehr@luebeck.de](mailto:einsatzleitstelle.feuerwehr@luebeck.de)**

oder

**0451-1223809**