

IRM-Nr.

Protokoll bei Verdacht auf Alkohol- Drogen- Medikamentenkonsum

in der Regel durch Polizei auszufüllen

⊕	Personalien <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	Geburtsdatum:	Grösse: cm (Angabe)	Gewicht: kg (Angabe)	
	Name:		Vorname:		
	Adresse (vollständig):				
⊕	StA:	Pol. SB / Korps:	Unterschrift:		
⊕	Angaben zum Alkohol-, Drogen- u./o. Medikamentenkonsum vor dem Ereignis				<input type="checkbox"/> nichts
Alkohol: Was / wie viel ?		von:	bis: Uhr (Trinkende)		
Drogen / Medikamente: Was / wie viel ?		Wann ?			
⊕	Angaben zum Alkohol-, Drogen- u./o. Medikamentenkonsum nach dem Ereignis				<input type="checkbox"/> nichts
Alkohol: Was / wie viel ?		von:	bis: Uhr (Trinkende)		
Drogen / Medikamente: Was / wie viel ?		Wann ?			
⊕	Ereignis: <input type="checkbox"/> Verkehrskontrolle <input type="checkbox"/> Verkehrsunfall <input type="checkbox"/> nur klinisch <input type="checkbox"/> Anderes (z.B. StGB):				
Fahrbeginn um:		Anhaltung um:	Ereignis am:	um: Uhr (Ereignis)	

Arzt /
Pflegeperson

⊕	Blutentnahme (2 x 10 ml [Heparin/Fluorid] bei BtM / Medikamente)	<input type="checkbox"/> unter Zwang	am:	um: Uhr
	Desinfektionsmittel - ohne Alkohol	<input type="checkbox"/> PVP-Jodid	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Leiche: 2 x 10 ml [Heparin/Fluorid] aus Schenkelvene (Wenn kein Blut vorhanden: ca. 50 g Muskulatur, kein Konservierungsmittel)				
⊕	Urinasservierung (100ml)	<input type="checkbox"/> durch Polizei <input type="checkbox"/> durch Arzt	am:	um: Uhr

durch Arzt auszufüllen

⊕	Ärztlicher Untersuchungsbefund				am:	um: Uhr
Mundgeruch:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja: Alkohol	<input type="checkbox"/> ja: Cannabis			
Amnesie:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja				
Zeitl. und örtl.	<input type="checkbox"/> erhalten	<input type="checkbox"/> gestört				
Bewusstsein:	<input type="checkbox"/> klar	<input type="checkbox"/> schläfrig	<input type="checkbox"/> benommen	<input type="checkbox"/> bewusstlos		
Sprache:	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> verwaschen	<input type="checkbox"/> lallend			
Verhalten:	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> angetrieben	<input type="checkbox"/> aggressiv	<input type="checkbox"/> verlangsamt		
Stimmung:	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> euphorisch	<input type="checkbox"/> apathisch	<input type="checkbox"/> depressiv		
Augenbindehäute:	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> blass	<input type="checkbox"/> feucht	<input type="checkbox"/> gerötet		
Pupillen:	<input type="checkbox"/> mittel: 3-6 mm	<input type="checkbox"/> eng: <3 mm	<input type="checkbox"/> weit: >6 mm			
Lichtreaktion:	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> verzögert				
Nasenseptum:	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> gerötet	<input type="checkbox"/> Geschwür	<input type="checkbox"/> perforiert		
Romberg:	<input type="checkbox"/> sicher	<input type="checkbox"/> leicht schwankend	<input type="checkbox"/> stark schwankend	<input type="checkbox"/> unmöglich		
„Innere Uhr“ bei Romberg:	30 Sekunden werden mit _____ Sekunden geschätzt					
Strichgang:	<input type="checkbox"/> sicher	<input type="checkbox"/> leicht schwankend	<input type="checkbox"/> stark schwankend	<input type="checkbox"/> unmöglich		
Finger-Nase-Versuch:	<input type="checkbox"/> getroffen	<input type="checkbox"/> verfehlt	<input type="checkbox"/> zittert	<input type="checkbox"/> unmöglich		
Allgemeine Symptome:	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> bleich	<input type="checkbox"/> friert	<input type="checkbox"/> schwitzt		
	<input type="checkbox"/> schnieft	<input type="checkbox"/> kratzt sich	<input type="checkbox"/> krampf			
⊕	Notfallmedikation nach dem Ereignis: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche?					
⊕	Bemerkungen (Einstichstellen, Entzugssymptome, Methadonprogramm etc.):					
⊕	Einschätzung des Arztes zum Beeinträchtigungsgrad (Kombinationen möglich)					
Beeinträchtigungsgrad:		<input type="checkbox"/> nicht merkbar	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> deutlich	
		<input type="checkbox"/> Alkohol	<input type="checkbox"/> Betäubungsmittel	<input type="checkbox"/> Medikamente	<input type="checkbox"/> Müdigkeit	

Blutentnahme durch (Blockschrift):	Unterschrift:
Ärztliche Untersuchung durch (Blockschrift):	Stempel
	Unterschrift: