

# sarrraH

Search and Rescue, Resuscitation and Rewarming in Accidental Hypothermia

Städt.Kliniken Oldenburg, Wilhelmshaven,  
Zentralklinik Links der Weser Bremen,  
Herzzentrum Karlsburg/Greifswald,  
Universitätskliniken  
HH-Eppendorf, Kiel, Lübeck, Rostock



# F

Patientennummer: (Vorgabe durch Projektleitung)

## Patienten-Protokoll: Teil F (Follow up) Blatt 1 von 1



### Dieses Protokoll bitte 6 Monate nach dem Unfall bearbeiten.

Dieses Protokoll, falls anders nicht vereinbart, nach **Fax-Nr. 04 51/59 47 60** senden!

Für Verlaufsbeschreibung ggf. Zusatzblatt verwenden! Für ergänzende Informationen wird sich die Projektleitung telefonisch mit den o.a. Behandlern und Helfern in Verbindung setzen. Angaben werden streng vertraulich nur zu Studienzwecken verwendet.

Eine elektronische Weiterverarbeitung oder Speicherung von Namen und Telefonnummern erfolgt nicht. Diese Angaben werden nur für eventuelle Rückfragen erhoben. **E-Mail: sarrrah@online.de**



Datum:

DD		MM		YY	

Dieser Fragebogen wurde bearbeitet durch:

Dr.: \_\_\_\_\_

Institution: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Telefax: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

		schriftl.	telefonisch
Quelle:	<input type="checkbox"/> Patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Hausarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Angehöriger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Arbeitgeber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Institution	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Medizinischer Bericht		

Glasgow-Outcome-Scale (GOS):			
keine/minimale Behinderung	5	persistierender vegetativer Status	2
mäßig behindert	4	Patient verstorben	1
schwer behindert (zur Bewältigung des täglichen Lebens auf ständige fremde Hilfe angewiesen)	3		<input type="checkbox"/>

Sind seit der Entlassung/Verlegung aus der Akutklinik Erkrankungen aufgetreten, die nicht im Zusammenhang mit dem Hypothermie-Ereignis stehen?

nein       ja, welche? \_\_\_\_\_

Wenn ja, hat diese zusätzliche Erkrankung den oben angegebenen GOS beeinflusst?

ja       nein

Wenn ja, welches GOS bestand vor Beginn dieser zusätzlichen Erkrankung?

Ggf. Patient verstorben am:

DD		MM		YY	

Todesursache: \_\_\_\_\_

Obduktion durchgeführt:

nein       ja, Institution? \_\_\_\_\_

Todesursache: \_\_\_\_\_