

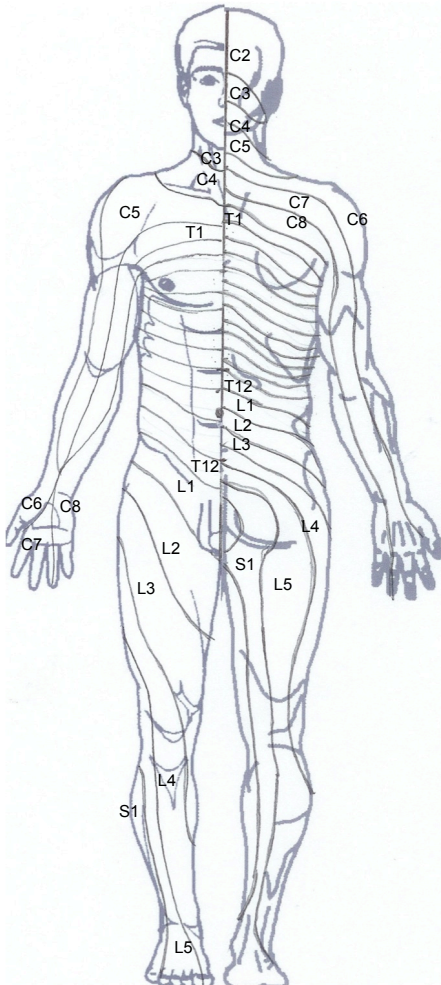


Name:

DTG:

ID/PK:

Allergien:



| E-N-D-S | | 15 | 30 | 45 | 15 | 30 | 45 |
|---------------------------|-----|----|----|----|----|----|----|
| Vigilanz | 0/1 | | | | | | |
| Orientierung | 0/2 | | | | | | |
| Horizontale Augenbewegung | 0/1 | | | | | | |
| Vertikale Augenbewegung | 0/1 | | | | | | |
| Lichtreaktion Pupille | 0/2 | | | | | | |
| Sprechen | 0/1 | | | | | | |
| Schlucken | 0/1 | | | | | | |
| Gesichtssymmetrie | 0/1 | | | | | | |
| Armhebung | 0/2 | | | | | | |
| Finger-Nase-Versuch | 0/2 | | | | | | |
| Beinhebung | 0/2 | | | | | | |
| Knie-Hacke-Versuch | 0/2 | | | | | | |
| Sensibilität | 0/2 | | | | | | |
| Summe | | | | | | | |
| Abzug | | | | | | | |

MOI Mechanism of Injury:

Diagnose _____



| Item | Answer | Points |
|----------------------|--------------------------------|---|
| Vigilanz | Reagiert auf Außenreize | Ja = 0, Nein = 1 |
| Orientierung | Zeit (Monat/Jahr), Situation | Beides = 0, Eines = 1, Keins = 2 |
| Auge horizont | Blick nach links und rechts | Ja = 0, Nein = 1 |
| Auge vertikal | Blick nach oben und unten | Ja = 0, Nein = 1 |
| Lichtreaktion | Reaktion auf Licht | Gleich = 0, Different = 1, Keine Reaktion = 2 |
| Sprechen | Verständlich und klar | Ja = 0, Nein = 1 |
| Schlucken | Kein Hindernis | Ja = 0, Nein = 1 |
| Gesicht | Symmetrisch | Ja = 0, Nein = 1 |
| Armhebung | Möglich und seitengleich | Ja = 0, Different =1, Nicht möglich= 2 |
| Finger-Nase | Zeigefinger trifft Nasenspitze | Beides = 0, Eines = 1, Keins = 2 |
| Beinhebung | Möglich und seitengleich | Ja = 0, Different =1, Nicht möglich= 2 |
| Knie-Hacke | Ferse trifft Knie | Beides = 0, Eines = 1, Keins = 2 |
| Sensibilität | Seitengleich und normal | Ja = 0, Different = 1, Kein Gefühl = 2 |