







Body Check

| | | Ja | Nein |
|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|------|
| Bewusstsein | <ul style="list-style-type: none"> • Kann der Betroffene Fragen nach Name, Geburtsdatum, dem aktuellen Datum, Wohnort und Namen sowie Reederei des Schiffes beantworten? • Gesicht: Unterschiede im Seitenvergleich (insb. Augenlider/Mundwinkel)? • Sprachstörungen? • Sehstörungen (Doppelbilder/Ausfall von Teilbereichen)? • Pupillen gleich groß und werden bei Licht kleiner? • Pupillen unterschiedlich groß oder reagieren nicht auf Licht? | | |
| Kopf | <ul style="list-style-type: none"> • Blutung, Blutergüsse, Schwellungen? • Kopf mit beiden Händen umfassen: Blutungen am Hinterkopf? • Abtasten: Kanten/Verformungen? Schmerzen? • Flüssigkeitsaustritt in den Gehörgängen oder Nase? | | |
| Brustkorb | <ul style="list-style-type: none"> • Blutung, Blutergüsse, Schwellungen, Abschürfungen? • Abtasten: Schultergürtel (Schlüsselbeine): innen nach außen, Rippen und Brustbein von oben nach unten und seitliche Thoraxkompression: Knochen instabil? Schmerzen? • Atemgeräusche (Pfeifen, Brodeln)? • Brustkorbbewegungen seitengleich? | | |
| Bauch | <ul style="list-style-type: none"> • Blutung, Blutergüsse, Schwellungen, Abschürfungen? • Abtasten: Abwehrspannung? Schmerzen? | | |
| Becken | <ul style="list-style-type: none"> • Blutung, Blutergüsse, Schwellungen, Abschürfungen? • Vorsichtig abtasten: Instabilität des Beckens? • Blut aus der Harnröhre? • Genitalien: Schwellungen? Blutergüsse? Schmerzen? | | |
| Gliedmaßen | <ul style="list-style-type: none"> • Blutung, Blutergüsse, Schwellungen, Fehlstellungen, Abschürfungen? • Abtasten und vorsichtig bewegen: Stabilität der Knochen, Schmerzen/Ausstrahlung? • Hauttemperatur lokal besonders erhöht? Rötung? • Berührungen im Seitenvergleich: innen und außen, körpernah nach körperfern: Gefühl gleich? • Kraft seitengleich? Arme und Beine nacheinander anheben (lassen): Lähmungen? | | |

Body Check

| | | Ja | Nein |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|------|
| Rücken | <ul style="list-style-type: none"> • Blutung, Blutergüsse, Schwellungen? • Abtasten/abklopfen: Schmerzen/Ausstrahlung? | | |
| Haut | <ul style="list-style-type: none"> • rosig • blau • blass • warm • kaltschweißig • kalte Finger/warmer Rumpf | | |
| <h3>Vitalparameter</h3> <p>Puls: _____ /min</p> <p>Blutdruck: _____ mmHg</p> <p>Temperatur: _____ °C im After/unter der Zunge/unter der Achsel</p> <p>Atemfrequenz: _____ /min</p> | | | |
| <h3>Beurteilung von Schmerzen</h3> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;">       </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;"> <p>0</p> <p>Kein Schmerz</p> </div> <div style="text-align: center;">2</div> <div style="text-align: center;">4</div> <div style="text-align: center;">6</div> <div style="text-align: center;">8</div> <div style="text-align: center;"> <p>10</p> <p>Stärkster Schmerz</p> </div> </div> | | | |
| <h3>Bemerkungen</h3> | | | |
| Datum und Uhrzeit | Untersucher | Unterschrift | |
| | | | |