



Nachweis der Durchführung invasiver Maßnahmen für Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter im Rettungsdienst Thüringen

Stand: 01.07.2023

Download der digitalen Version in
den jeweiligen App Stores





Nachweis invasiver Maßnahmen im Rettungsdienst

Teil A – Venöser Zugang

Zeitraum:

Blatt.-Nr.:

Name:

Vorname:

Geb. am:

RD –Bereich:

Datum **Einsatznummer** **EV** **Delegation**

Ärztliche Bestätigung

Kenntnisnahme ÄLRD



Nachweis invasiver Maßnahmen im Rettungsdienst

Teil B – Atemwegsmanagement

Zeitraum:

Blatt.-Nr.:

Name:

Vorname:

Geb. am:

RD –Bereich:

1. Umgang mit Trachealkanüle

Datum Einsatznummer EV Delegation

Ärztliche Bestätigung

Kenntnisnahme ÄLRD

2. Endobronchiales Absaugen

Datum Einsatznummer EV Delegation

Ärztliche Bestätigung

Kenntnisnahme ÄLRD



Nachweis invasiver Maßnahmen im Rettungsdienst

Teil B – Atemwegsmanagement

Zeitraum:

Blatt.-Nr.:

Name:

Vorname:

Geb. am:

RD –Bereich:

3. Extraglottischer Atemweg

Datum Einsatznummer EV Delegation

Ärztliche Bestätigung

Kenntnisnahme ÄLRD



Nachweis invasiver Maßnahmen im Rettungsdienst

Teil B – Atemwegsmanagement

Zeitraum:

Blatt.-Nr.:

Name:

Vorname:

Geb. am:

RD –Bereich:

4. Nicht invasives CPAP

Datum Einsatznummer EV Delegation

Ärztliche Bestätigung

Kenntnisnahme ÄLRD



Nachweis invasiver Maßnahmen im Rettungsdienst Teil B – Atemwegsmanagement

Zeitraum:

Blatt.-Nr.:

Name:

Vorname:

Geb. am:

RD –Bereich:

5. Laryngoskopie und Magillzange

Datum Einsatznummer EV Delegation

Ärztliche Bestätigung

Kenntnisnahme ÄLRD



Nachweis invasiver Maßnahmen im Rettungsdienst

Teil C – Reanimation

Zeitraum:

Blatt.-Nr.:

Name:

Vorname:

Geb. am:

RD –Bereich:

1. Manuelle Defibrillation

Datum Einsatznummer EV Delegation

Ärztliche Bestätigung

Kenntnisnahme ÄLRD

Datum	Einsatznummer	EV	Delegation

Ärztliche Bestätigung	Kenntnisnahme ÄLRD



Nachweis invasiver Maßnahmen im Rettungsdienst Teil C – Reanimation

Zeitraum:

Blatt.-Nr.:

Name:

Vorname:

Geb. am:

RD –Bereich:

2. Kardioversion

Datum

Einsatznummer

EV Delegation

Ärztliche Bestätigung

Kenntnisnahme ÄLRD

Datum	Einsatznummer	EV	Delegation

Ärztliche Bestätigung	Kenntnisnahme ÄLRD



Nachweis invasiver Maßnahmen im Rettungsdienst

Teil C – Reanimation

Zeitraum:

Blatt.-Nr.:

Name:

Vorname:

Geb. am:

RD –Bereich:

3. Externe Schrittmacheranlage

Datum Einsatznummer EV Delegation

Ärztliche Bestätigung

Kenntnisnahme ÄLRD

Datum	Einsatznummer	EV	Delegation

Ärztliche Bestätigung	Kenntnisnahme ÄLRD



Nachweis invasiver Maßnahmen im Rettungsdienst Teil C – Reanimation

Zeitraum:

Blatt.-Nr.:

Name:

Vorname:

Geb. am:

RD –Bereich:

4. Intraossärer Zugang

Datum Einsatznummer EV Delegation

Ärztliche Bestätigung

Kenntnisnahme ÄLRD



Nachweis invasiver Maßnahmen im Rettungsdienst

Teil D – Traumatologie

Zeitraum:

Blatt.-Nr.:

Name:

Vorname:

Geb. am:

RD-Bereich:

1. Tourniquet

Datum Einsatznummer EV Delegation

Ärztliche Bestätigung

Kenntnisnahme ÄLRD

2. Beckenschlinge

Datum Einsatznummer EV Delegation

Ärztliche Bestätigung

Kenntnisnahme ÄLRD

3. Achsengerechte Immobilisation und Fixation

Datum Einsatznummer EV Delegation

Ärztliche Bestätigung

Kenntnisnahme ÄLRD



Nachweis invasiver Maßnahmen im Rettungsdienst

Teil E – Weitere Maßnahmen

Zeitraum:

Blatt.-Nr.:

Name:

Vorname:

Geb. am:

RD –Bereich:

1. Thoraxpunktion

Datum Einsatznummer EV Delegation

Datum	Einsatznummer	EV	Delegation

Ärztliche Bestätigung

Kenntnisnahme ÄLRD

Ärztliche Bestätigung	Kenntnisnahme ÄLRD

2. Geburtsbegleitung

Datum Einsatznummer EV Delegation

Datum	Einsatznummer	EV	Delegation

Ärztliche Bestätigung

Kenntnisnahme ÄLRD

Ärztliche Bestätigung	Kenntnisnahme ÄLRD



Nachweis invasiver Maßnahmen im Rettungsdienst

Rezertifizierung nach 2 Jahren Tätigkeit

Name:

Vorname:

Geb. am:

RD –Bereich:

Ifd. Nr.	Maßnahme	Vorgabe Thüringen In 2 Jahren	Erfüllungsstand			Abnahme durch den ÄLRD am	Rezertifizierung bis
			Nachweisheft	digitales Berichtsheft	Rettungsdienstschule		
1	i.v.-Zugang	20					
2	i.o.-Zugang	10					
3	supraglottischer Atemweg	20					
4	Laryngoskopie / Magillzange	10					
5	nicht-invasives CPAP	10					
6	Tourniquet / pneumatische Blutsperr	5					
7	Beckenschlinge	10					
8	achsengerechte Immobilisation und Fixation	10					
9	Thoraxpunktion	10					
10	manuelle Defibrillation	20					
11	Kardioversion	5					
12	externe Schrittmacheranlage	5					
13	Geburtsbegleitung	2					
14	Umgang mit tracheotomierten Patienten / Wechsel der Trachealkanüle	5					
15	tiefes endobronchiales Absaugen	5					

Auflagen für den NFS:

Ort, Datum

Unterschrift ÄLRD

Unterschrift NFS

Dieses Formular entfällt bei Nutzung der digitalen Version der Nachweisführung!