



ALLGEMEINE ANGABEN

Adresse, Ort Tauchgebiet : Datum :

Plan erstellt von : Unterschrift :

NOTFALLDATEN TAUCHGEBIET

1) besteht ein Notfallplan für Tauchunfälle ? ja nein
wenn ja → erklären lassen und Eckdaten eintragen

.....
.....
.....
.....
.....

2) gibt es Mittel zur Erstversorgung (z.B. Sauerstoffgerät) ? ja nein
wenn ja → welche / wo / eventuell Handhabung erklären lassen / ausreichende Menge ?

.....
.....
.....

3) gibt es Kommunikationsmittel ? ja nein
wenn ja → welche / wo / eventuell Handhabung erklären lassen / Daten eintragen

Art/Standort :	Nummer/Frequenz :
Art/Standort :	Nummer/Frequenz :
Art/Standort :	Nummer/Frequenz :

4) Telefonnummern :

lokale Notrufnummer :
lokale DAN-Notrufnummer :
weiter wichtige Nummern :
.....
.....

5) nächstgelegenes Krankenhaus :

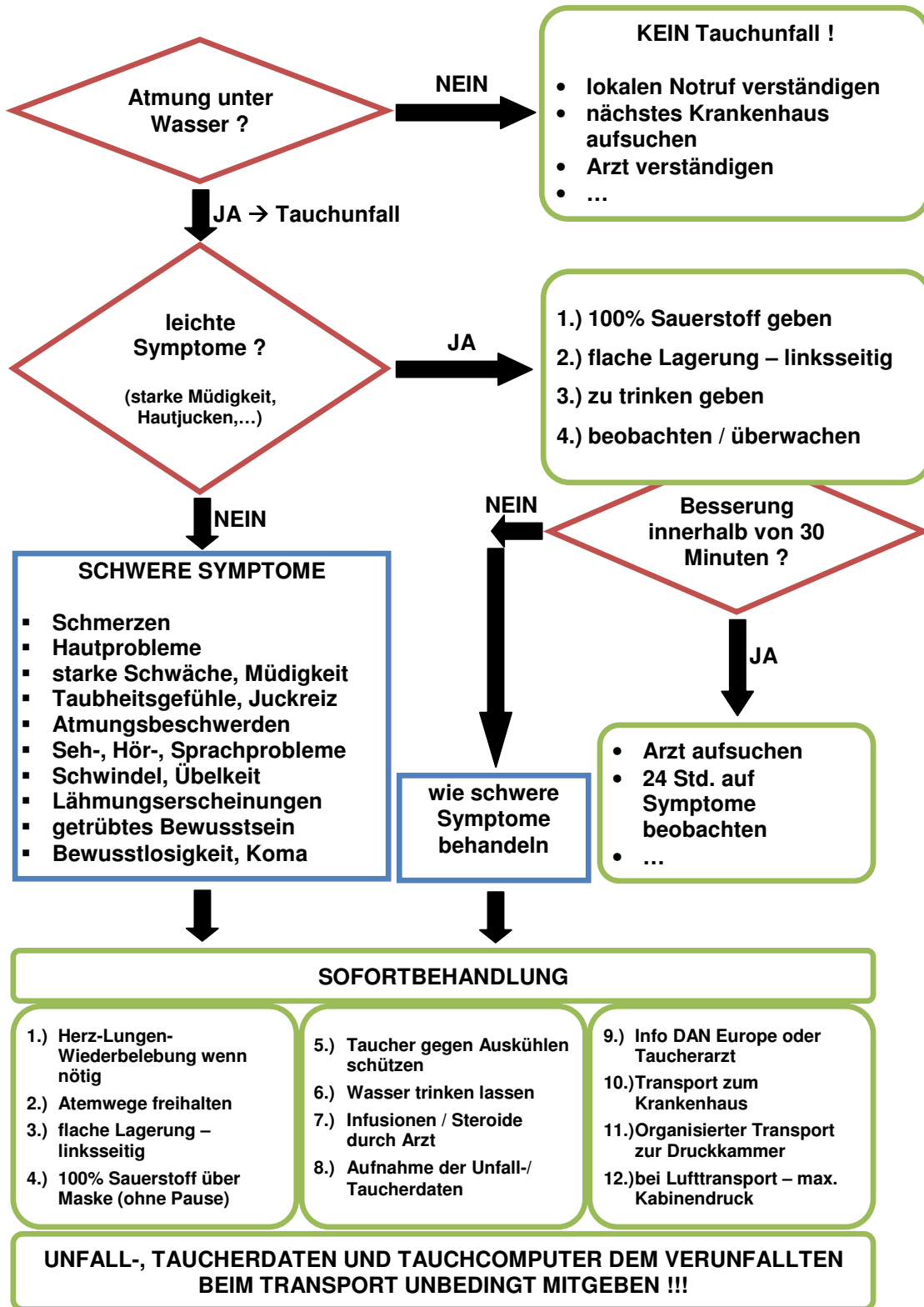
.....

6) Bemerkungen (Transportmöglichkeiten, lokale Ansprechpartner, Hilfsfristen Einsatzkräfte...) :

.....
.....
.....
.....
.....
.....



TAUCHER <input type="text"/> bei Unfall ankreuzen <input type="checkbox"/>	TAUCHER <input type="text"/> bei Unfall ankreuzen <input type="checkbox"/>
Vorname :	Vorname :
Nachname :	Nachname :
Straße :	Straße :
Land-PLZ, Ort :	Land-PLZ, Ort :
Telefon :	Telefon :
im Notfall verständigen :	im Notfall verständigen :
Telefon :	Telefon :
DAN-Nummer :	DAN-Nummer :
Ausbildungsstand :	Ausbildungsstand :
Blutgruppe :	Blutgruppe :
Allergien :	Allergien :
laufende Medikamente :	laufende Medikamente :
Diabetes ? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Diabetes ? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Diphtherie geimpft ? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Diphtherie geimpft ? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wundstarrkrampf geimpft ? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wundstarrkrampf geimpft ? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hepatitis AB geimpft ? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Hepatitis AB geimpft ? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
TAUCHER <input type="text"/> bei Unfall ankreuzen <input type="checkbox"/>	TAUCHER <input type="text"/> bei Unfall ankreuzen <input type="checkbox"/>
Vorname :	Vorname :
Nachname :	Nachname :
Straße :	Straße :
Land-PLZ, Ort :	Land-PLZ, Ort :
Telefon :	Telefon :
im Notfall verständigen :	im Notfall verständigen :
Telefon :	Telefon :
DAN-Nummer :	DAN-Nummer :
Ausbildungsstand :	Ausbildungsstand :
Blutgruppe :	Blutgruppe :
Allergien :	Allergien :
laufende Medikamente :	laufende Medikamente :
Diabetes ? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Diabetes ? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Diphtherie geimpft ? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Diphtherie geimpft ? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wundstarrkrampf geimpft ? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wundstarrkrampf geimpft ? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hepatitis AB geimpft ? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Hepatitis AB geimpft ? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein



TAUCHGANGSDATEN / -PROFILE				
Tag	TG-Nr.	Tiefe	Grundzeit	Oberflächenpause



NOTIZEN