



Antrag/Rezept zum Austausch/Ergänzung der Notfallausrüstung

Trägerverein

Gruppe: Standort:

- Wir bitten um Wiederauffüllung der Ausrüstung wegen Verwendung bei einem Notfall.
 Wir bitten um Tausch des Ampullariums im Rahmen der Mitgliederversammlung.

Inhalt	Anzahl*		Inhalt	Anzahl*	
	N	B		N	B
Beatmung:			Ampullarium:		
Guedel-Tuben, Gr. 3	1		Adrenalin-Ampullen 1 mg	5	
Guedel-Tuben, Gr. 4	1		Nitronal 0,8 Weichkapseln	4	
Guedel-Tuben, Gr. 5	1		Salbutamol (Sultanol-Spray)	1	
			Diuretika:		
Intubation:			Furosemid (Lasix) 20 mg	1	
Notfallset „Larynx-tuben“			Analgetika:		
Gr. Gelb, rot, violett inkl. Blockerspritze	1		Tramadolhydrochlorid (Tramadol)	2	
			Calzium-Antagonist:		
			Verapamil (Isoptin)	2	
			Betablocker:		
			Metoprololtartrat	2	
			Glucose 20 %, 10 ml (Minipack)	10	
Injektion/Infusion:			Aspirin protect 300 mg /ACS (oral)	14	
Venenverweilkanüle unter Beachtung der TRB 250 Safety (blau 22G, rosa 20G, grün 18G)	je 2				
Einmalspritzen (10 ml, 5 ml, 2 ml)	je 5		Anaphylaktische Reaktion:		
Einmalkanülen (schwarz, grün, gelb)	je 5		Antihistaminikum H1 z.B. Fenistil	2	
Infusionsbestecke	2				
Elektrolyt Infusionslösung 500 ml z.B. Ringer Laktat oder E 153	1		Kortikosteroid:		
Hautdesinfektionsspray	1		„Methylprednisolut 250 mg“	1	
Kittelflasche 100 ml - Handdesinfektion	1				
Einmalhandschuhe	1		Antihypertensivum: Bayotensin-Phiolen	2	
Diagnostik und Therapie:			Sedativum: Diazepam	2	
Kanülenabwurfbehälter	1				
Einhand-Venenstauer	1		Wasser zur Injektion NACL 9 % 10 ml	4	
Verbandsmittelsortiment DIN 13157	1				
Kleiderschere	1				
Verbandsschere	1				

* N = Normausstattung lt. Empfehlung
 B = erforderlicher Austauschbedarf
 (Bitte die Anzahl eintragen – darf aber die Normausstattung nicht überschreiten)
 Stand Februar 2017

Das komplette Ampullarium wird unabhängig von den Verfallsdaten zur Jahresmitgliederversammlung grundsätzlich ausgetauscht. Dazu bringen Sie bitte das alte Ampullarium und diesen unterschriebenen Vordruck mit. Bei zwischenzeitlich erforderlichem Bedarf wenden Sie sich bitte direkt mit dieser Liste an die Apotheke.

Diese Liste gilt als Rezeptnachweis für die Apotheke und muss deshalb vom Herzgruppenarzt unterschrieben sein.

Datum:

Unterschrift HG-Arzt: