



Einsatzart: PSNV-B PSNV-E

Datum: ILST-Einsatznr.		Alarmzeit: Uhr ILST:	
<input type="checkbox"/> Nachforderung durch BOS-Einsatzkräfte <input type="checkbox"/> Primäralarmierung		Eintreffen: Uhr	
Eingesetzte Mitarbeiter/innen: PSNV-Mitarbeiter 1: PSNV-Mitarbeiter 2:		Einsatzende: Uhr Einsatzdauer: Std	
Einsatzort (Adresse):		Betreute Personen:	
		Anzahl:	
		Alter:	
		Namen:	
		Soziales Verhältnis:	
Einsatzindikation:			
<input type="checkbox"/> Tod im häuslichen Bereich (nicht Suizid!)		<input type="checkbox"/> Verkehrsunfall	
<input type="checkbox"/> Tod im öffentlichen Bereich		<input type="checkbox"/> Schienenunfall	
<input type="checkbox"/> Tod eines Kindes unter 18 Jahren		<input type="checkbox"/> Betriebs-/Arbeitsunfall	
<input type="checkbox"/> Plötzlicher Säuglingstod		<input type="checkbox"/> Gewalterfahrung (Art):	
<input type="checkbox"/> Suizid/Suizidversuch		<input type="checkbox"/> Vermisstensuche	
<input type="checkbox"/> Überbringung Todesnachricht		<input type="checkbox"/> Einsatz abgebrochen/ abbestellt	
<input type="checkbox"/> Reanimation		<input type="checkbox"/> Sonstiges:	
Situation an der Einsatzstelle:		Besonderheiten	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Einsatzkräfte vor Ort: <input type="checkbox"/> RD <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> POL/Kripo. ▪ Sonstige: ▪ Nachforderung: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Weitere PSNV-Kräfte <input type="checkbox"/> Leiter PSNV <input type="checkbox"/> SEG-Betreuung <input type="checkbox"/> Sonstiges: 		<input type="checkbox"/> Arbeitsunfall <input type="checkbox"/> Hinweis auf BG-Unfallmeldung ("Verletzung der Psyche/Seele") und D-Arzt Vorstellung <input type="checkbox"/> Sonstiges:	
Psychosoziale Unterstützung durch:		„Soziales Netz“ nach der Akutbetreuung:	
<input type="checkbox"/> Aufklärungsgespräche (akute Belastungsreaktion) <input type="checkbox"/> Aktivierung „ Soziales Netz “ <input type="checkbox"/> Strukturierung der nächsten Tage <input type="checkbox"/> Vermittlung institutioneller Hilfe <input type="checkbox"/> Begleitung des Klienten		<input type="checkbox"/> Keines, fehlt! <i>Bemerkung:</i> <input type="checkbox"/> Familie, Verwandte, Freunde, Nachbarn o. ä. <input type="checkbox"/> Seelsorgliche Einrichtung: <input type="checkbox"/> Psychosoziale Einrichtung:	
Hinweise auf sich entwickelnde Suizidalität:		Abschiednahme von Verstorbenen:	
<input type="checkbox"/> Klient/in hat Suizidgedanken direkt u. nachhaltig geäußert <input type="checkbox"/> Klient/in hat psychiatrische Grunderkrankung geäußert <input type="checkbox"/> Maßnahmen veranlasst:		<input type="checkbox"/> war möglich <input type="checkbox"/> wollte alleine sein <input type="checkbox"/> zusammen mit PSNV <input type="checkbox"/> wurde nicht gewünscht, weil <input type="checkbox"/> war nicht möglich, weil <input type="checkbox"/> Nachholtermin:	
Maßnahme zur Stressprävention für beteiligte BOS-Einsatzkräfte:		Eigene Psychohygiene:	
<input type="checkbox"/> persönlich als notwendig erachtet <input type="checkbox"/> angeboten <input type="checkbox"/> auf Wunsch veranlasst:		<input type="checkbox"/> Ich möchte eine persönliche Einsatzreflektion mit der fachlichen Leitung so früh wie möglich! <input type="checkbox"/> Ich möchte diesen Einsatz in der nächsten Supervision (Team-Supervision) besprechen.	

Bitte per Email an team@psnv-nok.de schicken!



Schilderungen von Einsatzeindrücken und/oder zusätzliche Notizen

PSNV-Mitarbeiter 1:							PSNV-Mitarbeiter 2:						
	1	2	3	4	5	6		1	2	3	4	5	6
Zufriedenheit:	<input type="checkbox"/>	Zufriedenheit:	<input type="checkbox"/>										
Belastung:	<input type="checkbox"/>	Belastung:	<input type="checkbox"/>										
Sinnhaftigkeit:	<input type="checkbox"/>	Sinnhaftigkeit:	<input type="checkbox"/>										

Datum:

Unterschrift/en:

Bitte per Email an team@psnv-nok.de schicken!