

PSNV-Einsatzprotokoll

PSNV-B	<input type="checkbox"/> PSNV-E	Alarmzeit: _____ Uhr	ILST: _____
Datum: _____	ILST-Einsatznr. _____	Eintreffen: _____ Uhr	<input type="checkbox"/> Nachforderung d. BOS-Einsatzkräfte
Eingesetzte Mitarbeiter/innen: -		Einsatzende: _____ Uhr	<input type="checkbox"/> Primäralarmierung
Einsatzort: _____		Einsatzdauer: _____ Std	
Straße/ Ortsangabe: _____		Betreute Personen:	
		Anzahl: _____	
		Alter: _____	
		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"/> 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"/> Arbeitsunfall <input type="checkbox"/> Hinweis auf BG-Unfallmeldung („Verletzung der Psyche/Seele“) und D-Arzt Vorstellung <input type="checkbox"/> PSNV-E <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 Vermittlung institutioneller Hilfe <input type="checkbox"/> Begleitung des Klienten		Keines, fehlt! Bemerkung: _____ Familie, Verwandte Freunde Nachbarn Arbeitskolleg/innen Seesorgliche Einrichtung _____ 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 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.	
Datum: _____		<i>Schildern von Einsatzeindrücken und zusätzliche Notizen: Beiblatt oder Rückseite verwenden!</i>	
Unterschrift/en: _____			

Schilderung von Einsatzeindrücken und zusätzliche Notizen:

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