

Um Medico Cuxhaven das schnelle Stellen einer Verdachtsdiagnose sowie eine sinnvolle Bewertung der Bordsituation zu erleichtern, ist es hilfreich, möglichst vor einer Anfrage die folgenden Fragen zu beantworten. (In order to support Medico Cuxhaven to quickly establish a working diagnosis and ease reasonable judgement of the situation on board it helps to answer the following questions if possible prior seeking radio medical advice.)

1. Schiffsname (Name of the ship)	2. Rufzeichen (Callsign)	3.1 Telefon 3.2 Fax 3.3 E-mail 3.4 Telex	4. Position N / S W / E
5. Kontakt (Contact) – Kapitän (Master)	6. Reederei (Shipowner)	7.1 Zielhafen (Port of destination)	7.2 wann/ ETA
8. Dringlichkeit (Level of urgency) <input type="checkbox"/> hoch/lebensbedrohlich / (emergent-urgent) <input type="checkbox"/> mittel / (semi-urgent) <input type="checkbox"/> niedrig / (routine)	9. Bordapotheke (Druglist) <input type="checkbox"/> KrfsVO: <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 <input type="checkbox"/> WHO <input type="checkbox"/> _____	10.1 Nothafen (Next port)	10.2 wann/ ETA

11. Patient: Name/Nationalität (Name/Nationality)	12. Geschlecht (Sex) <input type="checkbox"/> männlich / male <input type="checkbox"/> weiblich / female	13. Alter (Age)	14. Gewicht (kg) (Bodyweight)	15. Tropenaufenthalt (tropical stay) <input type="checkbox"/> Ja (Yes) <input type="checkbox"/> Nein (No)
----------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------	--------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

16. Basisbefunde (Basic findings) Datum (Date) / UTC:		Befunde alle normal (Basics all normal) <input type="checkbox"/> Ja (Yes) <input type="checkbox"/> Nein (No)	
16.1 Bewußtsein (Consciousness)	Ist der Patient wach oder spricht er ? <input type="checkbox"/> Ja (Yes) (Is the patient awake or able to talk ?) <input type="checkbox"/> Nein (No)	Reagiert der Patient auf Ansprache oder Rütteln ? <input type="checkbox"/> Ja (Yes) (Does patient respond to shouting or gentle shaking ?) <input type="checkbox"/> Nein (No)	
16.2 Atmung (Breathing)	Atemfrequenz (Breath) /min unregelmäßig (non-regular) <input type="checkbox"/>	Atmet der Patient normal ? <input type="checkbox"/> Ja (Yes) Is breathing normally ? <input type="checkbox"/> Nein (No)	Atemnot <input type="checkbox"/> Ja (Yes) (Breathless) <input type="checkbox"/> Nein (No)
16.3 Herz/Kreislauf (Heart/Circulation)	Herzfrequenz (Heart rate) /min unregelmäßig (non-regular) <input type="checkbox"/>	Blutdruck (Blood pressure) / mmHg	Brustschmerzen? <input type="checkbox"/> Ja (Yes) (Chestpain present?) <input type="checkbox"/> Nein (No)
16.4 Haut/Aussehen (Skin/Appearance)	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> blau-grau (blue-grey) <input type="checkbox"/> blaß (pale) <input type="checkbox"/> schweißig (sweaty) <input type="checkbox"/>	Temp. °C <input type="checkbox"/> oral <input type="checkbox"/> axillar <input type="checkbox"/> rectal	Verletzung (Injury) <input type="checkbox"/> Ja (Yes) <input type="checkbox"/> Nein (No) Art (Typ): Ort (Location):

17. Angaben zum Unfall / der Erkrankung / der Vorgeschichte / der Einnahme von Medikamenten / bekannte Allergie: (Details with respect to the case of accident or disease as well as to medical history and medication or known allergy):

18. Hauptbeschwerden / Schmerzen – wo, wie und seit wann ? (Main complaints / pain – location, description and time of onset):

19. Verdachtsdiagnose an Bord: (Suspected diagnosis on board):
20. Bisherige Maßnahmen / Fragen an Bord: (Actions taken so far / questions on board):