



MEDICAL RADIO ADVICE CARD

FUNKÄRZTLICHE BERATUNG



SY
VISERION



NOTRUF (EMERGENCY)

Tel.: +49 4721 780 oder +49 4721 785

Fax: +49 4721 781520

E-Mail: medico@tmas-germany.de



RADIO MEDICAL ADVICE

Medico Cuxhaven – schnell, stabil und vertraulich

German Telemedical Maritime Assistance Service



1 SCHIFF / SHIP

SCHIFFSNAME / SHIP'S NAME

SY VISERION

RUFZEICHEN / CALL SIGN

DLAX2

MMSI

211137760



POSITION (GPS)

LAT ° ' " **N / S**

LOH ° ' " **E / W**

UTC

UTC + h

NÄCHSTER HAFEN / NEXT PORT

ETA (UTC) / / : UTC



ANSPRECHPARTNER AN BORD

CONTACT ON BOARD



TEL / SAT TEL

2 PATIENT

NAME

ALTER / AGE

Jahre / years

GESCHLECHT / SEX

☒ M

☐ F

GEWICHT / WEIGHT

kg

ALLERGIEN / ALLERGIES

VORERKRANKUNGEN / PREVIOUS ILLNESS

MEDIKAMENTE (DAUER) / PERMANENT MEDICATION

3 VITALWERTE / VITAL SIGNS



PULS

/min



BLUTDRUCK

mmHg



ATEMFREQUENZ

/min



TEMPERATUR

°C



SpO₂

%



BLUTZUCKER

mg/dl



BEWUSSTSEIN / CONSCIOUSNESS

- ☐ Wach / Awake
- ☐ Orientiert / Orientated
- ☐ Spricht / Talking
- ☐ Reagiert / Responding
- ☐ Bewusstlos / Unconscious



HAUPTPROBLEM / MAIN COMPLAINT



Brustschmerz / Chest pain



Atemnot / Dyspnea



Bauchschmerz / Abdominal pain



Verletzung / Trauma



Verbrennung / Burns



Vergiftung / Poisoning



Allergie / Allergic reaction



Schlaganfall / Stroke



Herzinfarkt / Heart attack

Sonstiges / Other



BESCHREIBUNG / DESCRIPTION

WAS PASSIERT?

WHAT IS HAPPENING?

SEIT WANN?

SINCE WHEN?

WIE STARK IST DER SCHMERZ?

PAIN SCALE (0-10)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○



BEI LEBENSGEFAHR: MAYDAY ÜBER KANAL 16
UND DSC-DISTRESS TASTE DRÜCKEN



KANAL 16



RUHIG – KLAR – DEUTLICH – VOLLSTÄNDIG

CALM – CLEAR – CONCISE – COMPLETE

MED-VIS-REV01 / 05-2024



MEDICAL RADIO ADVICE CARD

FUNKÄRZTLICHE BERATUNG – WEITERE UNTERSUCHUNG



NEUROLOGISCH / NERVOUS SYSTEM

PUPILLEN / PUPILS

☐ M ☐ K ☐ G ☐ Keine
(M = mittel, K = klein, G = groß)

Links _____ Rechts _____

Welche größer? _____

SPRACHE / SPEECH

☐ Ungestört ☐ Verändert

KRAFT / STRENGTH

☐ Normal ☐ Verändert Wo? _____

LÄHMUNGEN / PARALYSIS

☐ Ja ☐ Nein Wo? _____

GEFÜHLSSTÖRUNG / PARAESTHESIA

☐ Ja ☐ Nein Wo? _____

ATMUNG / RESPIRATION

ATEMFREQUENZ / BREATH RATE

_____/min
☐ Normal (12–20/min)
☐ Schnell (>20/min)
☐ Langsam (<8/min)

ATEMNOT / DYSPNEA

☐ Ja ☐ Nein

HUSTEN / COUGH

☐ Ja ☐ Nein
☐ Sputum ☐ Nein

AUSKULTATION / AUSCULTATION

☐ Normal
☐ Rasselgeräusche
☐ Giemen
☐ Sonstiges _____

SAUERSTOFF (SpO₂) % (wenn verfügbar)

KREISLAUF / CIRCULATION

PULS / HEART RATE

_____/min

RHYTHMUS / RHYTHM

☐ Regelmäßig ☐ Unregelmäßig

BLUTDRUCK / BLOOD PRESSURE

_____/_____ mmHg

BRUSTSCHMERZ / CHEST PAIN

☐ Ja ☐ Nein

AUSSTRAHLUNG / RADIATING INTO

☐ Arm ☐ Rücken
☐ Kiefer ☐ Kefer
☐ Schulter ☐ Sonstiges _____

ÖDEME / EDEMA

☐ Keine ☐ Knöchel ☐ Sonstiges _____

BAUCH / ABDOMEN

BAUCH WEICH / ABDOMEN SOFT

☐ Ja ☐ Nein

GEBLÄHT / DISTENDED

☐ Ja ☐ Nein

DRUCKSCHMERZ / TENDERNESS

☐ Ja ☐ Nein Wo? _____

STUHLGANG / STOOL

☐ Normal ☐ Verstopfung

☐ Diarrhoe ☐ Schwarz

☐ Gelb ☐ Blutig

Seit _____

VERLETZUNGEN / TRAUMA

ART DER VERLETZUNG / KIND OF INJURY

ORT / LOCATION

URSACHE / CAUSE

KOMPLIKATIONEN? (z.B. offene Wunde, Fraktur, Lähmung, Gefühlsstörung, Blutung)

☐ Ja ☐ Nein Welche? _____

VERBRENNUNGEN / BURNS

URSACHE / SOURCE

VERBRENNUNGSGRAD (I – IIa – IIb – III – IV)

☐ I ☐ IIa ☐ IIb ☐ III ☐ IV

BETROFFENE FLÄCHE / AREA AFFECTED

_____ % KOF

SCHMERZEN / PAIN

☐ Nein ☐ Wenig ☐ Sehr stark

RAUCHGASINHALATION / SMOKE INHALATION

☐ Nein ☐ Ja

VERSCHIEDENES / MISCELLANEOUS

(UNTERSCHENKEL)-SCHWELLUNG / SWOLLEN LOWER LEG

☐ Ja ☐ Nein

UNREGELMÄSSIGER PULS / CARDIAC IRREGULARITY

☐ Ja ☐ Nein

HAUT / SKIN

☐ Normal ☐ Blass ☐ Blau (cyanotisch)
☐ Rot ☐ Verschwitzt ☐ Sonstiges _____

„STEHENDE HAUTFALTEN“ / SKIN DEHYDRATION

☐ Ja ☐ Nein

ZUNGE / TONGUE

☐ Trocken ☐ Feucht

RISIKO FÜR GEFÄSSVERSCHLUSS / LUNGENEMBOLIE? / RISK FOR VTE

☐ Ja ☐ Nein

FEHLSTELLUNG (ARM / BEINE / WIRBELSÄULE / ...) / MALPOSITION (ARM / LEG / SPINE / ...)

☐ Ja ☐ Nein Wo? _____

ZITTERN / SHIVERING

☐ Ja ☐ Nein

KÖRPERTEMPERATUR / BODY TEMPERATURE

_____ °C

☐ Keine Messung / No data

HALS, RACHEN / THROAT

☐ Gerötet
☐ Geschwollen
☐ Belegt

TEMPERATURDIFFERENZ (z.B. linkes und rechtes Bein) / TEMPERATURE DIFFERENCE

PUPILLEN / PUPILS

	Links / Left	Rechts / Right
☐ Mittel / Medium	☐	☐
☐ Klein / Small	☐	☐
☐ Groß / Big	☐	☐
☐ Keine / None	☐	☐

Welche Seite ist größer? _____

MASSNAHMEN BEREITS DURCHGEFÜHRT / ACTIONS ALREADY TAKEN

SAUERSTOFF



☐

MEDIKAMENTE



☐

INFUSION



☐

VERBAND



☐

SCHIENUNG



☐

KÜHLUNG



☐

WÄRMUNG



☐

REANIMATION



☐

SONSTIGES / OTHER



RISIKO & BESONDERHEITEN / RISK FACTORS & REMARKS

VENENTHROMBOSE / LUNGENEMBOLIE RISKIO ☐ Ja ☐ Nein
DIABETES ☐ Ja ☐ Nein
EPILEPSIE ☐ Ja ☐ Nein
ASTHMA / COPD ☐ Ja ☐ Nein
HERZKRANKHEIT ☐ Ja ☐ Nein
SONSTIGES / OTHER _____

FRAGEN AN DEN FUNKARZT / QUESTIONS

NOTIZEN / NOTES



DIESE INFORMATIONEN DEUTLICH UND RUHIG ÜBERMITTELN.
BEI VERSCHLECHTERUNG SOFORT WIEDER FUNKARZT KONTAKTIEREN.



NOTRUF / EMERGENCY
+49 4721 780 oder 785





MEDICAL RADIO ADVICE CARD

Funkärztliche Beratung



NOTRUF (EMERGENCY)

Tel.: +49 4721 780 oder +49 4721 785
Fax: +49 4721 781520
E-Mail: medico@tmas-germany.de



RADIO MEDICAL ADVICE

Medico Cuxhaven – schnell, stabil und vertraulich
German Telemedical Maritime Assistance Service



1 SCHIFF / SHIP

Schiffsname / Ship's name

SY VISION

Rufzeichen / Call sign

DLAX2

MMSI

211137760



POSITION (GPS)

LAT ° ' " **N / S**

Lon ° ' " **E / W**

UTC

UTC + h

NÄCHSTER HAFEN / NEXT PORT

ETA (UTC) / / : UTC



ANSPRECHPARTNER AN BORD / CONTACT ON BOARD

TEL / SAT TEL



2 PATIENT

NAME

ALTER / AGE

Jahre / years

GESCHLECHT / SEX



M



F

GEWICHT / WEIGHT

kg

ALLERGIEN / ALLERGIES

VORERKRANKUNGEN / PREVIOUS ILLNESS

MEDIKAMENTE (DAUER) / PERMANENT MEDICATION



3 VITALWERTE / VITAL SIGNS



PULS

/min



BLUTDRUCK

mmHg



ATEMFREQUENZ

/min



TEMPERATUR

°C



SPO₂

%



BLUTZUCKER

mg/dl



BEWUSSTSEIN / CONSCIOUSNESS

- ☐ Wach / Awake
☐ Orientiert / Orientated
☐ Spricht / Talking
☐ Reagiert / Responding
☐ Bewusstlos / Unconscious



HAUPTPROBLEM / MAIN COMPLAINT

- ☐ Brustschmerz / Chest pain
☐ Atemnot / Dyspnea
☐ Bauchschmerz / Abdominal pain
☐ Verletzung / Trauma
☐ Verbrennung / Burns
☐ Vergiftung / Poisoning
☐ Allergische Reaktion / Allergy
☐ Schlaganfall / Stroke
☐ Herzinfarkt / Heart attack
☐ Unterzuckerung / Hypoglycemia
☐ Krampfanfall / Seizure
☐ Sonstiges / Other



BESCHREIBUNG / DESCRIPTION

WAS PASSIERT? / WHAT IS HAPPENING?

SEIT WANN? / SINCE WHEN?

WIE STARK IST DER SCHMERZ?
PAIN SCALE (0-10)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



BEI LEBENSGEFAHR: MAYDAY ÜBER KANAL 16 UND DSC-DISTRESS TASTE DRÜCKEN



UNTERSUCHUNGSBEFUNDE

Funkärztliche Beratung – Weitere Untersuchung



NEUROLOGISCH / NERVOUS SYSTEM

PUPILLEN / PUPILS

☐ M ☐ K ☐ G ☐ Keine

Links Rechts

Welche größer?

SPRACHE / SPEECH

☐ Ungestört ☐ Verändert

KRAFT / STRENGTH

☐ Normal ☐ Verändert Wo?

LÄHMUNGEN / PARALYSIS

☐ Ja ☐ Nein Wo?

GEFÜHLSSTÖRUNG / PARAESTHESIA

☐ Ja ☐ Nein Wo?



ATMUNG / RESPIRATION

ATEMFREQUENZ / BREATH RATE

/min

☐ Normal (12-20/min)

☐ Schnell (>20/min)

☐ Langsam (<8/min)

☐ Atemnot / Dyspnea

☐ Husten / Cough ☐ Ja ☐ Nein

☐ Sputum ☐ Ja ☐ Nein

AUSKULTATION / AUSCULTATION

☐ Normal ☐ Rasselgeräusche

☐ Giemen ☐ Sonstiges

SAUERSTOFF (SpO₂)

% (wenn verfügbar)



KREISLAUF / CIRCULATION

PULS / HEART RATE

/min

RHYTHMUS / RHYTHM

☐ Regelmäßig ☐ Unregelmäßig

BLUTDRUCK / BLOOD PRESSURE

/ mmHg

BRUSTSCHMERZ / CHEST PAIN

☐ Ja ☐ Nein

AUSSTRAHLUNG / RADIATING INTO

☐ Arm ☐ Rücken

☐ Kiefer ☐ Kiefer

☐ Schulter ☐ Sonstiges

ÖDEME / EDEMA

☐ Keine ☐ Knöchel ☐ Sonstiges



BAUCH / ABDOMEN

BAUCH WEICH / ABDOMEN SOFT

☐ Ja ☐ Nein

GEBLÄHT / DISTENDED

☐ Ja ☐ Nein

DRUCKSCHMERZ / TENDERNESS

☐ Ja ☐ Nein Wo?

STUHLGANG / STOOL

☐ Normal ☐ Verstopfung ☐ Diarrhoe

☐ Schwarz ☐ Gelb ☐ Blutig

Seit



VERLETZUNGEN / TRAUMA

ART DER VERLETZUNG / KIND OF INJURY

ORT / LOCATION

URSACHE / CAUSE

KOMPLIKATIONEN? (z.B. offene Wunde, Fraktur, Lähmung, Gefühlsstörung, Blutung)

☐ Ja ☐ Nein Welche?



VERBRENNUNGEN / BURNS

URSACHE / SOURCE

VERBRENNUNGSGRAD (I - IIa - IIb - III - IV)

☐ I ☐ IIa ☐ IIb ☐ III ☐ IV

BETROFFENE FLÄCHE / AREA AFFECTED

% KOF

SCHMERZEN / PAIN

☐ Nein ☐ Wenig ☐ Sehr stark

RAUCHGASINHALATION / SMOKE INHALATION

☐ Nein ☐ Ja



MASSNAHMEN BEREITS DURCHGEFÜHRT / ACTIONS ALREADY TAKEN

SAUERSTOFF



RISIKO & BESONDERHEITEN / RISK FACTORS & REMARKS

VENENTHROMBOSE / LUNGENEMBOLIE RISIKO ☐ Ja ☐ Nein

DIABETES ☐ Ja ☐ Nein

EPILEPSIE ☐ Ja ☐ Nein

ASTHMA / COPD ☐ Ja ☐ Nein

HERZKRANKHEIT ☐ Ja ☐ Nein

SONSTIGES



FRAGEN AN DEN FUNKARTZT / QUESTIONS



NOTIZEN / NOTES



DIESE INFORMATIONEN DEUTLICH UND RUHIG ÜBERMITTELEN.
BEI VERSCHLECHTERUNG SOFORT WIEDER FUNKARTZT KONTAKTIEREN.



NOTRUF / EMERGENCY
+49 4721 780 oder 785