

NEURO-CHECK FÜR TAUCHER

Weitere Informationen finden Sie im Buch:

Medizin auf See
ISBN 978-3-667-12123-3





NeuroCheck für Taucher

Name des Verunfallten: _____

Datum: _____ Name des Untersuchers: _____

Prüfung/Item

Check 1

Check 2

Uhrzeit:

Uhrzeit:

_____:_____

_____:_____

1. Bewusstsein

Sprich die Person laut an, rüttle sie ggf. fest an den Schultern.

→ Ist die Person wach und ansprechbar?

Ja Nein

Ja Nein

Falls nein, weitere Angabe:

Die Person ist schläfrig

Die Person ist nicht erweckbar.

(Achtung: Prüfe, ob eine Herz-Lungen-Wiederbelebung erforderlich ist!)

2. Orientierung

→ Kann die Person den aktuellen Monat und den Ort korrekt nennen?

Ja Nein

Ja Nein

3. Kooperation

→ Kann die Person zwei Aufgaben korrekt befolgen?

(Aufforderungen: Augen schließen, eine Hand zur Faust ballen)

Ja Nein

Ja Nein

4. Sprache

→ Kann die Person zwei einfache Gegenstände (z.B. Stift, Uhr, Brille o.a.) korrekt benennen?

Ja Nein

Ja Nein

Erscheint die Sprache der Person normal und ist die Aussprache deutlich?

(Fordere sie/ihn auf, einen Satz nachzusprechen. Ist ein Gespräch, bzw. die Verständigung mit der betroffenen Person ungestört möglich?)

Ja Nein

Ja Nein

5. Sehen

→ Kann die Person normal sehen?

Falls Nein, ggf. nähere Beschreibung der Einschränkung des Sehens (z.B. Doppelbilder, Verschwommensehen):

Ja Nein

Ja Nein

6. Mimik

Bitte die Person, die Zähne zu zeigen.

Ja Nein Ja Nein

→ Ist die Beweglichkeit des Gesichtes seitengleich?

(Nein: Das Gesicht/der Mund ist schief oder eine Seite deutlich gelähmt.)

7. Motorik

Bitte die Person, **beide Arme gleichzeitig** für 10 Sekunden nach vorn zu halten.

→ Können beide Arme gerade herausgestreckt in dieser Position gehalten werden?

Ja Nein Ja Nein

Falls Nein: Welche Seite kann nicht gehalten werden oder nicht angehoben werden?

Rechter Arm sinkt ab Linker Arm sinkt ab

Bitte die Person, im Liegen **einzelndas rechte/das linke Bein** 5 Sekunden in die Luft zu halten (ca. 45°). → Können beide Beine einzeln in dieser Position gehalten werden?

Ja Nein Ja Nein

Falls Nein: Welche Seite kann nicht gehalten werden oder nicht angehoben werden?

Rechtes Bein sinkt ab Linkes Bein sinkt ab

8. Sensibilität

Frage die betroffene Person, ob er/sie irgendwo am Körper Schmerzen, Taubheitsgefühle oder Missempfindungen verspürt. → **Ist die Empfindung normal?**

Ja Nein Ja Nein

Falls „Nein“ (Empfindung gestört), bitte weitere Angabe zu Ort und Art der Empfindungsstörung:

9. Koordination

Bitte die Person, die Augen zu schließen und nacheinander erst mit dem rechten Zeigefinger und dann mit dem linken Zeigefinger auf ihre/seine Nase zu zielen.

→ Ist die Bewegung auf beiden Seiten zielgerichtet und trifft sie/er die Nase?

Ja Nein Ja Nein

Frage die Person nach Schwindel. → **Ist sie frei von Schwindel?**

Ja Nein Ja Nein

10. Gang/Stand

Sichere die betroffene Person hierbei davor, zu stürzen! Prüfe diesen Punkt nur, wenn das Befinden der/des Betroffenen ein Aufstehen erlaubt!

→ Ist die Person in der Lage, mit offenen und mit geschlossenen Augen frei und sicher zu stehen? (Ohne dass er/sie schwankt oder droht zu stürzen?)

Ja Nein Ja Nein

→ Kann die/der Betroffene normal gehen?

Ja Nein Ja Nein

Sonstiges, Bemerkungen:
