

Protokollbogen-Nr. 1 2 3 4

Patient Name _____ Vorname _____ geb. _____ Alter _____

Klinik _____

Untersucher Name _____ Vorname _____

Facharztbezeichnung _____

Richtliniengemäße Qualifikation erfüllt ja

(bitte in Druckschrift ausfüllen)

1. VORAUSSETZUNGEN

Diagnose _____

Primäre Hirnschädigung _____ supratentoriell _____ infratentoriell _____

Sekundäre Hirnschädigung _____

Zeitpunkt des Unfalls/Krankheitsbeginns _____

Als Ursache der aktuellen und unten protokollierten Untersuchungsbefunde sind ausgeschlossen

- Intoxikation ja
- Dämpfende Medikamente ja
- Relaxation ja
- Primäre/therapeutische Hypothermie ja
- Metabolisches oder endokrines Koma ja
- Kreislaufschock ja

Systolischer Blutdruck _____ mmHg

Temperatur _____ °C

2. KLINISCHE SYMPTOME DES AUSFALLS DER HIRNFUNKTION

Bewusstlosigkeit (Koma) ja

| | rechts | links | nicht prüfbar |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Pupillen weit/mittelweit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lichtreflex fehlt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Okulo-zephaler/vestibulo-okulärer Reflex fehlt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Korneal-Reflex fehlt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Trigeminus-Schmerz-Reaktion fehlt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pharyngeal-/Tracheal-Reflex fehlt | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |

Apnoe-Test Ausgangs-p_aCO₂(Temperatur-korrigiert) _____ mmHg/kPa

Apnoe bei p_aCO₂(Temperatur-korrigiert) _____ mmHg/kPa ja nein

Apnoe-Test nicht möglich, weil _____

Datum und Uhrzeit der unter 1. und 2. dokumentierten Feststellungen: _____

Name (Druckschrift) _____ Unterschrift _____

Bei den hier dokumentierten Feststellungen und Befunden handelt es sich um den ersten Untersuchungsgang.

Für den Irreversibilitätsnachweis sind weitere Untersuchungen erforderlich, nämlich

- klinische Untersuchungen nach mindestens 12 Stunden / 72 Stunden (siehe 3.1.) oder
- ergänzende Untersuchungen (siehe 3.2.).

Name (Druckschrift) _____ Unterschrift _____ Datum/Uhrzeit _____

Protokollbogen-Nr. 1 2 3 4

Patient Name _____ Vorname _____ geb. _____ Alter _____

3. IRREVERSIBILITÄTSNACHWEIS

3.1. Zweiter Untersuchungsgang nach Wartezeit

Übereinstimmende Befunde wurden bereits vor _____ Stunden von 2 Untersuchern protokolliert ja nein

Es liegt eine zweite Untersuchung nach der geforderten Wartezeit vor, die den hier protokollierten Befund bestätigt.

Name (Druckschrift) Unterschrift Datum/Uhrzeit

3.2. Ergänzende Untersuchung (Befund und Beurteilung gemäß beigefügtem unterschriebenen Befundbericht)

- EEG
Isoelektrisches (Null-Linien-)EEG,
30 Minuten abgeleitet ja nein
- FAEP
Frühe akustisch evozierte Hirnstamm-
potentiale Welle III-V beidseits erloschen ja nein
- SEP
Medianus-SEP beidseits erloschen ja nein
- Zerebraler Zirkulationsstillstand untersucht mittels
 - Perfusionsszintigraphie
 - Doppler-/Duplexsonographie von _____ bis _____
 - CT-Angiographie
 - selektive zerebrale Angiographie
- Zerebraler Zirkulationsstillstand festgestellt ja nein

Name des Arztes* _____ Datum _____ Uhrzeit _____

*Einzutragen (in Druckschrift) ist der Name des Arztes, der den Befund und die Beurteilung unterschrieben hat.

4. FESTSTELLUNG DES TODES

(auszufüllen nach dem letzten und abschließenden Untersuchungsgang; ersetzt nicht die amtliche Todesbescheinigung [Leichenschauschein])

Hiermit wird bestätigt, dass obige Feststellungen und Befunde/Befundberichte mit denen von Protokollbogen Nr. _____ übereinstimmen und den irreversiblen Hirnfunktionsausfall als sicheres Todeszeichen belegen. Damit ist der Tod des Patienten festgestellt am _____ um _____ Uhr.

Name (Druckschrift) Unterschrift

Name (Druckschrift) Unterschrift