Bevorratungssatz San-KatS **Kiste Nr. 1 (von 22 Kisten)**

Kurzbezeichnung für den Inhalt: Infusionen (Elektrolyt) Infusionen (HÄS) Infusionsbestecke

Eigentum des Landes Hessen (Hessisches Ministerium des Innern und für Sport)

Verwaltende Stelle: _____
(Landkreis/kreisfreie Stadt)

Bevorratende Stelle: _____
(Örtlicher Träger des Rettungsdienstes)

Lagerort: _____
(Bezeichnung und Anschrift des Sanitätsmittel-Depots Katastrophenschutz)

Verantwortlich für die Überwachung der Verfallsdaten und den Austausch: _____
(Name, Erreichbarkeit)

Hinweis: Die Lfd. Nr. ist identisch mit der Lfd. Nr. in der Gesamtliste „Bevorratungssatz San-KatS“

Lfd. Nr. Gesamt-Liste	Bezeichnung (lt. Gesamtliste)	Anzahl/ Menge	Bezeichnung (lt. Lieferant)	Lieferant	Artikel-Nr.	Verfallsdatum		Erneuert		Erneuert	
						Monat	Jahr	am / von	Verfallsdatum Monat/Jahr	am / von	Verfallsdatum Monat/Jahr
3	**Vollelektrolyt-Lösung zur Infusion, 500ml**	**30**									
4	**Volumenersatzmittel, kolloidal, 500ml**	**10**									
5	**Infusionsbesteck, steril**	**30**									

Bevorratungssatz San-KatS **Kiste Nr. 2 (von 22 Kisten)**

Kurzbezeichnung für den Inhalt: Infusionen (Elektrolyt) Infusionen (HÄS) Infusionsbestecke

Eigentum des Landes Hessen (Hessisches Ministerium des Innern und für Sport)

Verwaltende Stelle: _____
(Landkreis/kreisfreie Stadt)

Bevorratende Stelle: _____
(Örtlicher Träger des Rettungsdienstes)

Lagerort: _____
(Bezeichnung und Anschrift des Sanitätsmittel-Depots Katastrophenschutz)

Verantwortlich für die Überwachung der Verfallsdaten und den Austausch: _____
(Name, Erreichbarkeit)

Hinweis: Die Lfd. Nr. ist identisch mit der Lfd. Nr. in der Gesamtliste „Bevorratungssatz San-KatS“

Lfd. Nr. Gesamt-Liste	Bezeichnung (lt. Gesamtliste)	Anzahl/ Menge	Bezeichnung (lt. Lieferant)	Lieferant	Artikel-Nr.	Verfallsdatum		Erneuert		Erneuert	
						Monat	Jahr	am / von	Verfallsdatum Monat/Jahr	am / von	Verfallsdatum Monat/Jahr
3	**Vollelektrolyt-Lösung zur Infusion, 500 ml**	**30**									
4	**Volumenersatzmittel, kolloidal, 500 ml**	**10**									
5	**Infusionsbesteck, steril**	**30**									

Bevorratungssatz San-KatS **Kiste Nr. 3 (von 22 Kisten)**

Kurzbezeichnung für den Inhalt: Infusionen (Elektrolyt) Infusionen (HÄS) Infusionsbestecke

Eigentum des Landes Hessen (Hessisches Ministerium des Innern und für Sport)

Verwaltende Stelle: _____
(Landkreis/kreisfreie Stadt)

Bevorratende Stelle: _____
(Örtlicher Träger des Rettungsdienstes)

Lagerort: _____
(Bezeichnung und Anschrift des Sanitätsmittel-Depots Katastrophenschutz)

Verantwortlich für die Überwachung der Verfallsdaten und den Austausch: _____
(Name, Erreichbarkeit)

Hinweis: Die Lfd. Nr. ist identisch mit der Lfd. Nr. in der Gesamtliste „Bevorratungssatz San-KatS“

Lfd. Nr. Gesamt-Liste	Bezeichnung (lt. Gesamtliste)	Anzahl/ Menge	Bezeichnung (lt. Lieferant)	Lieferant	Artikel-Nr.	Verfallsdatum		Erneuert		Erneuert	
						Monat	Jahr	am / von	Verfallsdatum Monat/Jahr	am / von	Verfallsdatum Monat/Jahr
3	**Vollelektrolyt-Lösung zur Infusion, 500 ml**	**30**									
4	**Volumenersatzmittel, kolloidal, 500 ml**	**10**									
5	**Infusionsbesteck, steril**	**30**									

Bevorratungssatz San-KatS **Kiste Nr. 4 (von 22 Kisten)**

Kurzbezeichnung für den Inhalt: Infusionen (Elektrolyt) Infusionen (HÄS) Infusionsbestecke

Eigentum des Landes Hessen (Hessisches Ministerium des Innern und für Sport)

Verwaltende Stelle: _____
(Landkreis/kreisfreie Stadt)

Bevorratende Stelle: _____
(Örtlicher Träger des Rettungsdienstes)

Lagerort: _____
(Bezeichnung und Anschrift des Sanitätsmittel-Depots Katastrophenschutz)

Verantwortlich für die Überwachung der Verfallsdaten und den Austausch: _____
(Name, Erreichbarkeit)

Hinweis: Die Lfd. Nr. ist identisch mit der Lfd. Nr. in der Gesamtliste „Bevorratungssatz San-KatS“

Lfd. Nr. Gesamt-Liste	Bezeichnung (lt. Gesamtliste)	Anzahl/ Menge	Bezeichnung (lt. Lieferant)	Lieferant	Artikel-Nr.	Verfallsdatum		Erneuert		Erneuert	
						Monat	Jahr	am / von	Verfallsdatum Monat/Jahr	am / von	Verfallsdatum Monat/Jahr
3	**Vollelektrolyt-Lösung zur Infusion, 500 ml**	**30**									
4	**Volumenersatzmittel, kolloidal, 500 ml**	**10**									
5	**Infusionsbesteck, steril**	**30**									

Bevorratungssatz San-KatS **Kiste Nr. 5 (von 22 Kisten)**

Kurzbezeichnung für den Inhalt: Infusionen (Elektrolyt) Infusionen (HÄS) Infusionsbestecke

Eigentum des Landes Hessen (Hessisches Ministerium des Innern und für Sport)

Verwaltende Stelle: _____
(Landkreis/kreisfreie Stadt)

Bevorratende Stelle: _____
(Örtlicher Träger des Rettungsdienstes)

Lagerort: _____
(Bezeichnung und Anschrift des Sanitätsmittel-Depots Katastrophenschutz)

Verantwortlich für die Überwachung der Verfallsdaten und den Austausch: _____
(Name, Erreichbarkeit)

Hinweis: Die Lfd. Nr. ist identisch mit der Lfd. Nr. in der Gesamtliste „Bevorratungssatz San-KatS“

Lfd. Nr. Gesamt-Liste	Bezeichnung (lt. Gesamtliste)	Anzahl/ Menge	Bezeichnung (lt. Lieferant)	Lieferant	Artikel-Nr.	Verfallsdatum		Erneuert		Erneuert	
						Monat	Jahr	am / von	Verfallsdatum Monat/Jahr	am / von	Verfallsdatum Monat/Jahr
3	**Vollelektrolyt-Lösung zur Infusion, 500 ml**	**30**									
4	**Volumenersatzmittel, kolloidal, 500 ml**	**10**									
5	**Infusionsbesteck, steril**	**30**									

Bevorratungssatz San-KatS **Kiste Nr. 6 (von 22 Kisten)**

Kurzbezeichnung für den Inhalt: Infusionen (Elektrolyt) Infusionen (HÄS) Infusionsbestecke

Eigentum des Landes Hessen (Hessisches Ministerium des Innern und für Sport)

Verwaltende Stelle: _____
(Landkreis/kreisfreie Stadt)

Bevorratende Stelle: _____
(Örtlicher Träger des Rettungsdienstes)

Lagerort: _____
(Bezeichnung und Anschrift des Sanitätsmittel-Depots Katastrophenschutz)

Verantwortlich für die Überwachung der Verfallsdaten und den Austausch: _____
(Name, Erreichbarkeit)

Hinweis: Die Lfd. Nr. ist identisch mit der Lfd. Nr. in der Gesamtliste „Bevorratungssatz San-KatS“

Lfd. Nr. Gesamt-Liste	Bezeichnung (lt. Gesamtliste)	Anzahl/ Menge	Bezeichnung (lt. Lieferant)	Lieferant	Artikel-Nr.	Verfallsdatum		Erneuert		Erneuert	
						Monat	Jahr	am / von	Verfallsdatum Monat/Jahr	am / von	Verfallsdatum Monat/Jahr
3	**Vollelektrolyt-Lösung zur Infusion, 500 ml**	**30**									
4	**Volumenersatzmittel, kolloidal, 500 ml**	**10**									
5	**Infusionsbesteck, steril**	**30**									

Bevorratungssatz San-KatS **Kiste Nr. 7 (von 22 Kisten)**

Kurzbezeichnung für den Inhalt: Infusionen (Elektrolyt) Infusionen (HÄS) Infusionsbestecke

Eigentum des Landes Hessen (Hessisches Ministerium des Innern und für Sport)

Verwaltende Stelle: _____
(Landkreis/kreisfreie Stadt)

Bevorratende Stelle: _____
(Örtlicher Träger des Rettungsdienstes)

Lagerort: _____
(Bezeichnung und Anschrift des Sanitätsmittel-Depots Katastrophenschutz)

Verantwortlich für die Überwachung der Verfallsdaten und den Austausch: _____
(Name, Erreichbarkeit)

Hinweis: Die Lfd. Nr. ist identisch mit der Lfd. Nr. in der Gesamtliste „Bevorratungssatz San-KatS“

Lfd. Nr. Gesamt-Liste	Bezeichnung (lt. Gesamtliste)	Anzahl/ Menge	Bezeichnung (lt. Lieferant)	Lieferant	Artikel-Nr.	Verfallsdatum		Erneuert		Erneuert	
						Monat	Jahr	am / von	Verfallsdatum Monat/Jahr	am / von	Verfallsdatum Monat/Jahr
3	**Vollelektrolyt-Lösung zur Infusion, 500 ml**	**30**									
4	**Volumenersatzmittel, kolloidal, 500 ml**	**10**									
5	**Infusionsbesteck, steril**	**30**									

Bevorratungssatz San-KatS **Kiste Nr. 8 (von 22 Kisten)**

Kurzbezeichnung für den Inhalt: Infusionen (Elektrolyt) Infusionen (HÄS) Infusionsbestecke

Eigentum des Landes Hessen (Hessisches Ministerium des Innern und für Sport)

Verwaltende Stelle: _____
(Landkreis/kreisfreie Stadt)

Bevorratende Stelle: _____
(Örtlicher Träger des Rettungsdienstes)

Lagerort: _____
(Bezeichnung und Anschrift des Sanitätsmittel-Depots Katastrophenschutz)

Verantwortlich für die Überwachung der Verfallsdaten und den Austausch: _____
(Name, Erreichbarkeit)

Hinweis: Die Lfd. Nr. ist identisch mit der Lfd. Nr. in der Gesamtliste „Bevorratungssatz San-KatS“

Lfd. Nr. Gesamt-Liste	Bezeichnung (lt. Gesamtliste)	Anzahl/ Menge	Bezeichnung (lt. Lieferant)	Lieferant	Artikel-Nr.	Verfallsdatum		Erneuert		Erneuert	
						Monat	Jahr	am / von	Verfallsdatum Monat/Jahr	am / von	Verfallsdatum Monat/Jahr
3	**Vollelektrolyt-Lösung zur Infusion, 500 ml**	**30**									
4	**Volumenersatzmittel, kolloidal, 500 ml**	**10**									
5	**Infusionsbesteck, steril**	**30**									

Bevorratungssatz San-KatS **Kiste Nr. 9 (von 22 Kisten)**

Kurzbezeichnung für den Inhalt: Infusionen (Elektrolyt) Infusionen (HÄS) Infusionsbestecke

Eigentum des Landes Hessen (Hessisches Ministerium des Innern und für Sport)

Verwaltende Stelle: _____
(Landkreis/kreisfreie Stadt)

Bevorratende Stelle: _____
(Örtlicher Träger des Rettungsdienstes)

Lagerort: _____
(Bezeichnung und Anschrift des Sanitätsmittel-Depots Katastrophenschutz)

Verantwortlich für die Überwachung der Verfallsdaten und den Austausch: _____
(Name, Erreichbarkeit)

Hinweis: Die Lfd. Nr. ist identisch mit der Lfd. Nr. in der Gesamtliste „Bevorratungssatz San-KatS“

Lfd. Nr. Gesamt-Liste	Bezeichnung (lt. Gesamtliste)	Anzahl/ Menge	Bezeichnung (lt. Lieferant)	Lieferant	Artikel-Nr.	Verfallsdatum		Erneuert		Erneuert	
						Monat	Jahr	am / von	Verfallsdatum Monat/Jahr	am / von	Verfallsdatum Monat/Jahr
3	**Vollelektrolyt-Lösung zur Infusion, 500 ml**	**30**									
4	**Volumenersatzmittel, kolloidal, 500 ml**	**10**									
5	**Infusionsbesteck, steril**	**30**									

Bevorratungssatz San-KatS **Kiste Nr. 10 (von 22 Kisten)**

Kurzbezeichnung für den Inhalt: Infusionen (Elektrolyt) Infusionen (HÄS) Infusionsbestecke

Eigentum des Landes Hessen (Hessisches Ministerium des Innern und für Sport)

Verwaltende Stelle: _____
(Landkreis/kreisfreie Stadt)

Bevorratende Stelle: _____
(Örtlicher Träger des Rettungsdienstes)

Lagerort: _____
(Bezeichnung und Anschrift des Sanitätsmittel-Depots Katastrophenschutz)

Verantwortlich für die Überwachung der Verfallsdaten und den Austausch: _____
(Name, Erreichbarkeit)

Hinweis: Die Lfd. Nr. ist identisch mit der Lfd. Nr. in der Gesamtliste „Bevorratungssatz San-KatS“

Lfd. Nr. Gesamt-Liste	Bezeichnung (lt. Gesamtliste)	Anzahl/ Menge	Bezeichnung (lt. Lieferant)	Lieferant	Artikel-Nr.	Verfallsdatum		Erneuert		Erneuert	
						Monat	Jahr	am / von	Verfallsdatum Monat/Jahr	am / von	Verfallsdatum Monat/Jahr
3	**Vollelektrolyt-Lösung zur Infusion, 500 ml**	**30**									
4	**Volumenersatzmittel, kolloidal, 500 ml**	**10**									
5	**Infusionsbesteck, steril**	**30**									

Bevorratungssatz San-KatS **Kiste Nr. 11 (von 22 Kisten)**

Kurzbezeichnung für den Inhalt: Infusionszubehör Venenzugang Infusionen (NaCl) Infusionen (G 10)

Eigentum des Landes Hessen (Hessisches Ministerium des Innern und für Sport)

Verwaltende Stelle: _____
(Landkreis/kreisfreie Stadt)

Bevorratende Stelle: _____
(Örtlicher Träger des Rettungsdienstes)

Lagerort: _____
(Bezeichnung und Anschrift des Sanitätsmittel-Depots Katastrophenschutz)

Verantwortlich für die Überwachung der Verfallsdaten und den Austausch: _____
(Name, Erreichbarkeit)

Hinweis: Die Lfd. Nr. ist identisch mit der Lfd. Nr. in der Gesamtliste „Bevorratungssatz San-KatS“

Lfd. Nr. Gesamt-Liste	Bezeichnung (lt. Gesamtliste)	Anzahl/ Menge	Bezeichnung (lt. Lieferant)	Lieferant	Artikel-Nr.	Verfallsdatum		Erneuert		Erneuert	
						Monat	Jahr	am / von	Verfallsdatum Monat/Jahr	am / von	Verfallsdatum Monat/Jahr
6	**Glucose 10% 500 ml**	**20**									
7	**NaCl 0,9 % (zur Verdünnung) 500 ml**	**10**									
8	**Venenverweilkanülen 1,1**	**50**									
9	**Venenverweilkanülen 1,5**	**50**									
10	**Venenverweilkanülen 2,0**	**50**									
11	**Kanülenpflaster, steril**	**200**									
12	**Kanülenpflaster, geschlitzt**	**500**									

Bevorratungssatz San-KatS **Kiste Nr. 12 (von 22 Kisten)**

Kurzbezeichnung für den Inhalt: Injektionszubehör Spritzen Kanülen

Eigentum des Landes Hessen (Hessisches Ministerium des Innern und für Sport)

Verwaltende Stelle: _____
(Landkreis/kreisfreie Stadt)

Bevorratende Stelle: _____
(Örtlicher Träger des Rettungsdienstes)

Lagerort: _____
(Bezeichnung und Anschrift des Sanitätsmittel-Depots Katastrophenschutz)

Verantwortlich für die Überwachung der Verfallsdaten und den Austausch: _____
(Name, Erreichbarkeit)

Hinweis: Die Lfd. Nr. ist identisch mit der Lfd. Nr. in der Gesamtliste „Bevorratungssatz San-KatS“

Lfd. Nr. Gesamt-Liste	Bezeichnung (lt. Gesamtliste)	Anzahl/ Menge	Bezeichnung (lt. Lieferant)	Lieferant	Artikel-Nr.	Verfallsdatum		Erneuert		Erneuert	
						Monat	Jahr	am / von	Verfallsdatum Monat/Jahr	am / von	Verfallsdatum Monat/Jahr
13	**Dreiwegehähne**	**50**									
14	**Verschlußstopfen**	**100**									
15	**Mini-Spike (zur Mehrfachentnahme)**	**30**									
16	**Einmalspritzen 2 ml**	**200**									
17	**Einmalspritzen 5 ml**	**200**									
18	**Einmalspritzen 10 ml**	**200**									
19	**Einmalspritzen 20 ml**	**80**									
20	**Kanülen Nr.2**	**300**									
21	**Zellstofftupfer, unsteril, als Rolle**	**1**									

Bevorratungssatz San-KatS **Kiste Nr. 13 (von 22 Kisten)**

Kurzbezeichnung für den Inhalt: Desinfektion Handschuhe Kontamed-Boxen

Eigentum des Landes Hessen (Hessisches Ministerium des Innern und für Sport)

Verwaltende Stelle: _____
(Landkreis/kreisfreie Stadt)

Bevorratende Stelle: _____
(Örtlicher Träger des Rettungsdienstes)

Lagerort: _____
(Bezeichnung und Anschrift des Sanitätsmittel-Depots Katastrophenschutz)

Verantwortlich für die Überwachung der Verfallsdaten und den Austausch: _____
(Name, Erreichbarkeit)

Hinweis: Die Lfd. Nr. ist identisch mit der Lfd. Nr. in der Gesamtliste „Bevorratungssatz San-KatS“

Lfd. Nr. Gesamt-Liste	Bezeichnung (lt. Gesamtliste)	Anzahl/ Menge	Bezeichnung (lt. Lieferant)	Lieferant	Artikel-Nr.	Verfallsdatum		Erneuert		Erneuert	
						Monat	Jahr	am / von	Verfallsdatum Monat/Jahr	am / von	Verfallsdatum Monat/Jahr
22	**Einmalhandschuhe, puderfrei, S**	**100**									
23	**Einmalhandschuhe, puderfrei, M**	**100**									
24	**Einmalhandschuhe, puderfrei, L**	**100**									
25	**Einmalhandschuhe, puderfrei, XL**	**100**									
26	**Hautdesinfektionsmittel**	**10**									
27	**Kanülen-Sammler (Sicherheitsentsorgungsbox)**	**5**	**Kontamed**	**Fa. Pfitzner**	**2009067**						
28	**Handdesinfektionsmittel, z.B. Sterillium**	**10**									
29	**Handwaschlotion, z.B. Lodisin**	**5**									
30	**Einweg-Handtücher**	**300**									
31	**Wund- und Schleimhautantiseptikum**	**2**									
32	**Povidon-Iod-Salbe**	**10**									

Bevorratungssatz San-KatS **Kiste Nr. 14 (von 22 Kisten)**

Kurzbezeichnung für den Inhalt: Tuben Absaugkatheter Handschuhe Pflaster

Eigentum des Landes Hessen (Hessisches Ministerium des Innern und für Sport)

Verwaltende Stelle: _____
(Landkreis/kreisfreie Stadt)

Bevorratende Stelle: _____
(Örtlicher Träger des Rettungsdienstes)

Lagerort: _____
(Bezeichnung und Anschrift des Sanitätsmittel-Depots Katastrophenschutz)

Verantwortlich für die Überwachung der Verfallsdaten und den Austausch: _____
(Name, Erreichbarkeit)

Hinweis: Die Lfd. Nr. ist identisch mit der Lfd. Nr. in der Gesamtliste „Bevorratungssatz San-KatS“

Lfd. Nr. Gesamt-Liste	Bezeichnung (lt. Gesamtliste)	Anzahl/ Menge	Bezeichnung (lt. Lieferant)	Lieferant	Artikel-Nr.	Verfallsdatum		Erneuert		Erneuert	
						Monat	Jahr	am / von	Verfallsdatum Monat/Jahr	am / von	Verfallsdatum Monat/Jahr
23	**Einmalhandschuhe, puderfrei, M**	**100**									
24	**Einmalhandschuhe, puderfrei, L**	**100**									
25	**Einmalhandschuhe, puderfrei, XL**	**100**									
33	**Absaugkatheter Ch 8**	**20**									
34	**Absaugkatheter Ch 16**	**100**									
35	**Beatmungstuben 4,0mm**	**5**									
36	**Beatmungstuben 5,0mm**	**5**									
37	**Beatmungstuben 6,0mm**	**10**									
38	**Beatmungstuben 7,0mm**	**10**									
39	**Beatmungstuben 7,5mm**	**10**									
40	**Beatmungstuben 8,0mm**	**10**									
41	**Beatmungstuben 8,5mm**	**10**									
42	**Einführungsmandrin f. Trachealtuben klein**	**10**									
43	**Einführungsmandrin f. Trachealtuben groß**	**20**									
44	**Heftpflaster, braun 2,5 cm**	**12**									
45	**Heftpflaster, braun 5cm**	**6**									

Bevorratungssatz San-KatS **Kiste Nr. 15 (von 22 Kisten)**

Kurzbezeichnung für den Inhalt: Binden Abdecktücher Rettungsdecken

Eigentum des Landes Hessen (Hessisches Ministerium des Innern und für Sport)

Verwaltende Stelle: _____
(Landkreis/kreisfreie Stadt)

Bevorratende Stelle: _____
(Örtlicher Träger des Rettungsdienstes)

Lagerort: _____
(Bezeichnung und Anschrift des Sanitätsmittel-Depots Katastrophenschutz)

Verantwortlich für die Überwachung der Verfallsdaten und den Austausch: _____
(Name, Erreichbarkeit)

Hinweis: Die Lfd. Nr. ist identisch mit der Lfd. Nr. in der Gesamtliste „Bevorratungssatz San-KatS“

Lfd. Nr. Gesamt-Liste	Bezeichnung (lt. Gesamtliste)	Anzahl/ Menge	Bezeichnung (lt. Lieferant)	Lieferant	Artikel-Nr.	Verfallsdatum		Erneuert		Erneuert	
						Monat	Jahr	am / von	Verfallsdatum Monat/Jahr	am / von	Verfallsdatum Monat/Jahr
46	**Mullbinden, elastisch**	**100**									
47	**Binden, elastisch 8 cm**	**100**									
48	**Einweg-Abdecktücher, steril**	**60**									
49	**Rettungsdecke**	**100**	**Rettungsdecke gold/silber**	**Fa. Pfitzner**	**13020**						

Bevorratungssatz San-KatS **Kiste Nr. 16 (von 22 Kisten)**

Kurzbezeichnung für den Inhalt: Kompressen Dreiecktücher

Eigentum des Landes Hessen (Hessisches Ministerium des Innern und für Sport)

Verwaltende Stelle: _____
(Landkreis/kreisfreie Stadt)

Bevorratende Stelle: _____
(Örtlicher Träger des Rettungsdienstes)

Lagerort: _____
(Bezeichnung und Anschrift des Sanitätsmittel-Depots Katastrophenschutz)

Verantwortlich für die Überwachung der Verfallsdaten und den Austausch: _____
(Name, Erreichbarkeit)

Hinweis: Die Lfd. Nr. ist identisch mit der Lfd. Nr. in der Gesamtliste „Bevorratungssatz San-KatS“

Lfd. Nr. Gesamt-Liste	Bezeichnung (lt. Gesamtliste)	Anzahl/ Menge	Bezeichnung (lt. Lieferant)	Lieferant	Artikel-Nr.	Verfallsdatum		Erneuert		Erneuert	
						Monat	Jahr	am / von	Verfallsdatum Monat/Jahr	am / von	Verfallsdatum Monat/Jahr
50	**Sterile Kompressen 10x10 cm**	**600**									
51	**Dreiecktücher**	**100**	**Dreiecktuch weiß Baumwolle**	**Fa. Pfitzner**	**13021**						

Bevorratungssatz San-KatS **Kiste Nr. 17 (von 22 Kisten)**

Kurzbezeichnung für den Inhalt: Kompressen Verbandtücher

Eigentum des Landes Hessen (Hessisches Ministerium des Innern und für Sport)

Verwaltende Stelle: _____
(Landkreis/kreisfreie Stadt)

Bevorratende Stelle: _____
(Örtlicher Träger des Rettungsdienstes)

Lagerort: _____
(Bezeichnung und Anschrift des Sanitätsmittel-Depots Katastrophenschutz)

Verantwortlich für die Überwachung der Verfallsdaten und den Austausch: _____
(Name, Erreichbarkeit)

Hinweis: Die Lfd. Nr. ist identisch mit der Lfd. Nr. in der Gesamtliste „Bevorratungssatz San-KatS“

Lfd. Nr. Gesamt-Liste	Bezeichnung (lt. Gesamtliste)	Anzahl/ Menge	Bezeichnung (lt. Lieferant)	Lieferant	Artikel-Nr.	Verfallsdatum		Erneuert		Erneuert	
						Monat	Jahr	am / von	Verfallsdatum Monat/Jahr	am / von	Verfallsdatum Monat/Jahr
52	**Sterile Kompressen 10x20 cm**	**500**									
53	**Verbandtücher steril 60x80 cm**	**20**	**Verbandtuch A mittel 60 x 80 cm**	**Fa. Pfitzner**	**13035**						
54	**Verbandtücher steril 80x 120 cm**	**10**	**Verbandtuch B groß 80 x 120 cm**	**Fa: Pfitzner**	**13036**						

Bevorratungssatz San-KatS **Kiste Nr. 18 (von 22 Kisten)**

Kurzbezeichnung für den Inhalt: Verbandmaterial EKG-Elektroden Nierenschalen

Eigentum des Landes Hessen (Hessisches Ministerium des Innern und für Sport)

Verwaltende Stelle: _____
(Landkreis/kreisfreie Stadt)

Bevorratende Stelle: _____
(Örtlicher Träger des Rettungsdienstes)

Lagerort: _____
(Bezeichnung und Anschrift des Sanitätsmittel-Depots Katastrophenschutz)

Verantwortlich für die Überwachung der Verfallsdaten und den Austausch: _____
(Name, Erreichbarkeit)

Hinweis: Die Lfd. Nr. ist identisch mit der Lfd. Nr. in der Gesamtliste „Bevorratungssatz San-KatS“

Lfd. Nr. Gesamt-Liste	Bezeichnung (lt. Gesamtliste)	Anzahl/ Menge	Bezeichnung (lt. Lieferant)	Lieferant	Artikel-Nr.	Verfallsdatum		Erneuert		Erneuert	
						Monat	Jahr	am / von	Verfallsdatum Monat/Jahr	am / von	Verfallsdatum Monat/Jahr
55	**Mullbinden, elastisch 8 cm**	**300**									
56	**Nierenschalen**	**100**									
57	**EKG-Einwegelektroden**	**200**									

Bevorratungssatz San-KatS **Kiste Nr. 19 (von 22 Kisten)**

Kurzbezeichnung für den Inhalt: Infektionsschutz Aktivkohle

Eigentum des Landes Hessen (Hessisches Ministerium des Innern und für Sport)

Verwaltende Stelle: _____
(Landkreis/kreisfreie Stadt)

Bevorratende Stelle: _____
(Örtlicher Träger des Rettungsdienstes)

Lagerort: _____
(Bezeichnung und Anschrift des Sanitätsmittel-Depots Katastrophenschutz)

Verantwortlich für die Überwachung der Verfallsdaten und den Austausch: _____
(Name, Erreichbarkeit)

Hinweis: Die Lfd. Nr. ist identisch mit der Lfd. Nr. in der Gesamtliste „Bevorratungssatz San-KatS“

Lfd. Nr. Gesamt-Liste	Bezeichnung (lt. Gesamtliste)	Anzahl/ Menge	Bezeichnung (lt. Lieferant)	Lieferant	Artikel-Nr.	Verfallsdatum		Erneuert		Erneuert	
						Monat	Jahr	am / von	Verfallsdatum Monat/Jahr	am / von	Verfallsdatum Monat/Jahr
58	**Infektionsschutz-Sets**	**20**	**Infektionsschutz-Set**	**Fa: Pfitzner**	**53021**						
59	**Aktivkohle**	**10**									

Bevorratungssatz San-KatS **Kiste Nr. 20 (von 22 Kisten)**

Kurzbezeichnung für den Inhalt: Aktivkohle Becher Dokumentation

Eigentum des Landes Hessen (Hessisches Ministerium des Innern und für Sport)

Verwaltende Stelle: _____
(Landkreis/kreisfreie Stadt)

Bevorratende Stelle: _____
(Örtlicher Träger des Rettungsdienstes)

Lagerort: _____
(Bezeichnung und Anschrift des Sanitätsmittel-Depots Katastrophenschutz)

Verantwortlich für die Überwachung der Verfallsdaten und den Austausch: _____
(Name, Erreichbarkeit)

Hinweis: Die Lfd. Nr. ist identisch mit der Lfd. Nr. in der Gesamtliste „Bevorratungssatz San-KatS“

Lfd. Nr. Gesamt-Liste	Bezeichnung (lt. Gesamtliste)	Anzahl/ Menge	Bezeichnung (lt. Lieferant)	Lieferant	Artikel-Nr.	Verfallsdatum		Erneuert		Erneuert	
						Monat	Jahr	am / von	Verfallsdatum Monat/Jahr	am / von	Verfallsdatum Monat/Jahr
59	**Aktivkohle**	**40**									
60	**Einmal-Trinkbecher**	**300**									
61	**Müllbeutel**	**1**									
62	**Verletzten-Anhängekarten**	**200**	**Anh.-karte für Verl./Kranke mit Bogen Aufkleber**	**DRK-Servive- GmbH 48301 Nottuln**	**Karte: 825610 Bogen: 825604**	**Entfällt**	**Entfällt**				
63	**Übersichtsdokumentation**	**100**									
64	**Kugelschreiber / Bleistifte / Filzstifte**	**20**									

Bevorratungssatz San-KatS **Kiste Nr. 21 (von 22 Kisten)** **Inhalt Lfd. Nr. 67 neugefasst 4. Mai .2006**

Kurzbezeichnung für den Inhalt: Medikamente

Eigentum des Landes Hessen (Hessisches Ministerium des Innern und für Sport)

Verwaltende Stelle: _____
(Landkreis/kreisfreie Stadt)

Bevorratende Stelle: _____
(Örtlicher Träger des Rettungsdienstes)

Lagerort: _____
(Bezeichnung und Anschrift des Sanitätsmittel-Depots Katastrophenschutz)

Verantwortlich für die Überwachung der Verfallsdaten und den Austausch: _____
(Name, Erreichbarkeit)

Hinweis: Die Lfd. Nr. ist identisch mit der Lfd. Nr. in der Gesamtliste „Bevorratungssatz San-KatS“

Lfd. Nr. Gesamt-Liste	Bezeichnung (lt. Gesamtliste)	Anzahl/ Menge	Bezeichnung (lt. Lieferant)	Lieferant	Artikel-Nr.	Verfallsdatum		Erneuert		Erneuert	
						Monat	Jahr	am / von	Verfallsdatum Monat/Jahr	am / von	Verfallsdatum Monat/Jahr
65	**Atropin (Antidot 100 mg) (vgl. Anmerkung 2 Gesamtlise)**	**20**									
66	**Natriumthiosulfat 10% 500 ml (vgl. Anmerkung 2 Gesamtliste)**	**10**									
67	**Adrenalin 100x 1 mg/ 1 ml bzw. 4x 25 mg/25 ml (vgl. Anmerkung 2 Gesamtliste**	**100x 1 oder 4x 25**	(Ggf beide Darreichungsformen gemischt, je.nach Wälzbarkeit)								
68	**Analgetikum / Narkotikum vom Ketamin-Typ**	**125**									
69	**Analgetikum zentral**	**100**									
70	**Antiemetikum**	**100**									
71	**Atropin 0,5mg/ml**	**50**									
72	**Muskelrelaxans, depolarisierend**	**10**									
73	**Muskelrelaxans, nicht-depolarisierend**	**50**									
74	**Narkoanalgetikum**	**50**									
75	**Narkotikum vom Barbiturat-Typ**	**20**									
76	**Narkotikum Etomidat-Typ**	**20**									
77	**Sedativum Benzodiazepin-Typ (parenteral)**	**50**									
78	**Sedativum Benzodiazepin-Typ (oral)**	**50**									
79	**Steroid (i.v.)**	**45**									

Bevorratungssatz San-KatS **Kiste Nr. 22 (von 22 Kisten)**

Kurzbezeichnung für den Inhalt: ***Freigelassen für Reserve-Ausstattung***

Eigentum des Landes Hessen (Hessisches Ministerium des Innern und für Sport)

Verwaltende Stelle: _____
(Landkreis/kreisfreie Stadt)

Bevorratende Stelle: _____
(Örtlicher Träger des Rettungsdienstes)

Lagerort: _____
(Bezeichnung und Anschrift des Sanitätsmittel-Depots Katastrophenschutz)

Verantwortlich für die Überwachung der Verfallsdaten und den Austausch: _____
(Name, Erreichbarkeit)

Hinweis: Die Lfd. Nr. ist identisch mit der Lfd. Nr. in der Gesamtliste „Bevorratungssatz San-KatS“

Lfd. Nr. Gesamt-Liste	Bezeichnung (lt. Gesamtliste)	Anzahl/ Menge	Bezeichnung (lt. Lieferant)	Lieferant	Artikel-Nr.	Verfallsdatum		Erneuert		Erneuert	
						Monat	Jahr	am / von	Verfallsdatum Monat/Jahr	am / von	Verfallsdatum Monat/Jahr