

Einsatzprotokoll Schulsanitätsdienst

* das Einsatzprotokoll ist für 5 Jahre durch die Schulleitung aufzubewahren *



Malteser

...weil Nähe zählt.

Schule: _____

Protokoll Nr.: _____	Datum: ____/____/____	Uhrzeit: ____:____ bis ____:____
----------------------	-----------------------	----------------------------------

Patientendaten:	Schulsanitäter:
Name: _____ Klasse: _____	1) _____
Vorname: _____ Geb. Datum: ____/____/____	2) _____

Unfall-/ Notfallhergang, ggf. Zeugen:	Unfall-/ Notfallzeit:
_____	_____
_____	Unfall-/ Notfallort:
_____	_____

Beschwerden	Verletzungen: ○ keine																																			
<input type="radio"/> Übelkeit <input type="radio"/> Schwindelgefühl <input type="radio"/> Erbrechen <input type="radio"/> Kopfschmerzen <input type="radio"/> Wunde <input type="radio"/> Schmerzen (Wo? _____) <input type="radio"/> allerg. Reaktion <input type="radio"/> Atemnot /Asthma	<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:50%;"></th> <th style="width:10%; text-align:center">re.</th> <th style="width:10%; text-align:center">li.</th> <th style="width:30%;"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kopf</td> <td style="text-align:center"><input type="radio"/></td> <td style="text-align:center"><input type="radio"/></td> <td rowspan="10" style="text-align:center; vertical-align: middle;"> </td> </tr> <tr> <td>HWS</td> <td style="text-align:center"><input type="radio"/></td> <td style="text-align:center"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Schulter</td> <td style="text-align:center"><input type="radio"/></td> <td style="text-align:center"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Thorax</td> <td style="text-align:center"><input type="radio"/></td> <td style="text-align:center"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>BWS</td> <td style="text-align:center"><input type="radio"/></td> <td style="text-align:center"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Arm</td> <td style="text-align:center"><input type="radio"/></td> <td style="text-align:center"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>LWS</td> <td style="text-align:center"><input type="radio"/></td> <td style="text-align:center"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Abdomen</td> <td style="text-align:center"><input type="radio"/></td> <td style="text-align:center"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Becken/ Hüfte</td> <td style="text-align:center"><input type="radio"/></td> <td style="text-align:center"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Bein</td> <td style="text-align:center"><input type="radio"/></td> <td style="text-align:center"><input type="radio"/></td> </tr> </tbody> </table>		re.	li.		Kopf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		HWS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schulter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Thorax	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	BWS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Arm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	LWS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Becken/ Hüfte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Bein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	re.	li.																																		
Kopf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																		
HWS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																		
Schulter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																		
Thorax	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																		
BWS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																		
Arm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																		
LWS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																		
Abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																		
Becken/ Hüfte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																		
Bein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																		
Bewusstsein: <input type="radio"/> normal/ orientiert																																				
<input type="radio"/> getrübt																																				
<input type="radio"/> Bewusstlosigkeit (Dauer: ____ Minuten)																																				
Allgemeinzustand: <input type="radio"/> normal																																				
<input type="radio"/> blass <input type="radio"/> kaltschweißig																																				
<input type="radio"/> Fieber (Körpertemperatur: ____°C)																																				
Herz/ Kreislauf:																																				

Uhrzeit : : : Puls: /min /min /min Blutdruck: / / / <input type="radio"/> Puls regelmäßig <input type="radio"/> Puls unregelmäßig <input type="radio"/> Schock	Genauere Beschreibung der Verletzung/Beschwerden:
Atmung: Atemfrequenz: ____/min	_____
<input type="radio"/> regelmäßig <input type="radio"/> unregelmäßig	_____
<input type="radio"/> V. a. Asthmaanfall <input type="radio"/> Hyperventilation	_____

Maßnahmen: Wundversorgung Kühlung Schienung Wärmeerhalt Seitenlage HLW Betreuung

Verbleib:	<input type="radio"/> Unterricht <input type="radio"/> nach Hause/ an Eltern übergeben <input type="radio"/> Rettungsdienst/ Krankentransport <input type="radio"/> Entlassen durch: _____ <input type="radio"/> Arztbesuch empfohlen	
------------------	--	--

Eltern benachrichtigt: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nicht erreicht <input type="radio"/> nein	Unterschrift:
---	----------------------