

# Einsatzprotokoll Schulsanitätsdienst

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



# Malteser

...weil Nähe zählt.

Schule: \_\_\_\_\_

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

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

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

<b>Beschwerden</b>	<b>Verletzungen:</b> <input type="radio"/> 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;"> <tr> <td></td> <td style="text-align:center">re.</td> <td style="text-align:center">li.</td> <td rowspan="10" style="text-align:center; vertical-align: middle;"> </td> </tr> <tr><td>Kopf</td><td style="text-align:center"><input type="radio"/></td><td style="text-align:center"><input type="radio"/></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> </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"/>																																	
<b>Bewusstsein:</b> <input type="radio"/> normal/ orientiert																																			
<input type="radio"/> getrübt																																			
<input type="radio"/> Bewusstlosigkeit (Dauer: ____ Minuten)																																			
<b>Allgemeinzustand:</b> <input type="radio"/> normal																																			
<input type="radio"/> blass <input type="radio"/> kaltschweißig																																			
<input type="radio"/> Fieber (Körpertemperatur: ____°C)																																			
<b>Herz/ Kreislauf:</b>																																			

Uhrzeit                      :                      :                      : Puls:                              /min                      /min                      /min Blutdruck:                      /                      /                      / <input type="radio"/> Puls regelmäßig <input type="radio"/> Puls unregelmäßig <input type="radio"/> Schock	<b>Genauere Beschreibung der Verletzung/Beschwerden:</b>
<b>Atmung:</b> <b>Atemfrequenz:</b> ____/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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

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