



XY-Schule

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

Patientendaten: Name: _____ Klasse: _____ Vorname: _____ Geb. Datum: ____/____/____	Schulsanitäter: 1) _____ 2) _____ 3) _____
--	--

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

Beschwerden <input type="checkbox"/> Übelkeit <input type="checkbox"/> Schwindelgefühl <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen <input type="checkbox"/> Wunde <input type="checkbox"/> Schmerzen <input type="checkbox"/> allerg. Reaktion <input type="checkbox"/> Atemnot /Asthma Bewusstsein: <input type="checkbox"/> normal/ orientiert <input type="checkbox"/> getrübt <input type="checkbox"/> Bewusstlosigkeit (Dauer: ____ Minuten) Allgemeinzustand: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> blass <input type="checkbox"/> kaltschweißig <input type="checkbox"/> Fieber (Körpertemperatur: ____ °C)	Verletzungen: <input type="checkbox"/> keine <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:30%;"></td> <td style="width:10%; text-align: center;">re.</td> <td style="width:10%; text-align: center;">li.</td> <td style="width:50%;"></td> </tr> <tr> <td>Kopf</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td rowspan="9" style="text-align: center; vertical-align: middle;"> </td> </tr> <tr> <td>HWS</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Schulter</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Thorax</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>BWS</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Arm</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>LWS</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Abdomen</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Becken/ Hüfte</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Bein</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> </table>		re.	li.		Kopf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		HWS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schulter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Thorax	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	BWS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	LWS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abdomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Becken/ Hüfte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	re.	li.																																			
Kopf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																			
HWS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																			
Schulter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																			
Thorax	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																			
BWS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																			
Arm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																			
LWS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																			
Abdomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																			
Becken/ Hüfte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																			
Bein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																			

Herz/ Kreislauf: Puls: _____ /min _____ /min _____ /min Blutdruck: _____ : _____ : _____ <input type="checkbox"/> Puls regelmäßig <input type="checkbox"/> Puls unregelmäßig <input type="checkbox"/> Schock Atmung: <input type="checkbox"/> regelmäßig <input type="checkbox"/> unregelmäßig <input type="checkbox"/> V. a. Asthmaanfall <input type="checkbox"/> Hyperventilation	Genauere Beschreibung der Verletzung/Beschwerden: _____ _____ _____ _____ _____
--	---

Maßnahmen: _____ _____ _____ _____

Verbleib: <input type="checkbox"/> Unterricht <input type="checkbox"/> nach Hause/ an Eltern übergeben <input type="checkbox"/> Rettungsdienst/ Krankentransport <input type="checkbox"/> Arzt (welcher: _____) <input type="checkbox"/> Krankenhaus (welches: _____)

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