



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

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

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

<b>Beschwerden</b> <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 <b>Bewusstsein:</b> <input type="checkbox"/> normal/ orientiert <input type="checkbox"/> getrübt <input type="checkbox"/> Bewusstlosigkeit (Dauer: ____ Minuten) <b>Allgemeinzustand:</b> <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> blass <input type="checkbox"/> kaltschweißig <input type="checkbox"/> Fieber (Körpertemperatur: ____°C)	<b>Verletzungen:</b> <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> </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"/>																																		

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

<b>Maßnahmen:</b> _____ _____ _____ _____
---

<b>Verbleib:</b> <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: _____)
---

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