

Name  Vorname  Klasse / Kurs / o.ä.

Betroffener
<input type="checkbox"/> Schüler/in <input type="checkbox"/> Lehrer/in <input type="checkbox"/> _____

Notfallsituation / Anamnese / Verdachtsdiagnose

---



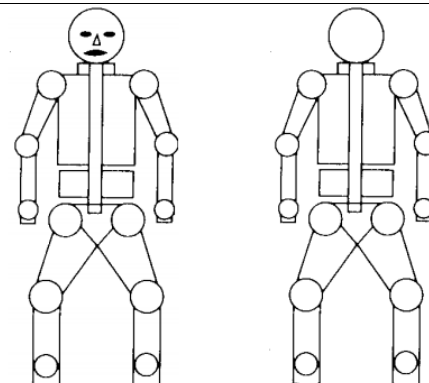
---

Unfallort
<input type="checkbox"/> SSD-Raum <input type="checkbox"/> _____

Bewusstseinslage	Atmung	Kreislauf	Schmerzen
<input type="checkbox"/> orientiert <input type="checkbox"/> getrübt <input type="checkbox"/> bewusstlos <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> spontan / frei <input type="checkbox"/> Atemnot <input type="checkbox"/> Zyanose <input type="checkbox"/> Atemstillstand <input type="checkbox"/> Hyperventilation <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Puls regelmäßig <input type="checkbox"/> Puls unregelmäßig <input type="checkbox"/> Schock <input type="checkbox"/> Kreislaufstillstand <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> leichte <input type="checkbox"/> mittelstarke <input type="checkbox"/> starke <input type="checkbox"/> sehr starke <input type="checkbox"/> _____

**Pupillen**    **links**     eng  normal  weit  entrundet    **rechts**     eng  normal  weit  entrundet

1. Messung	2. Messung	Notizen
: Zeit <b>RR</b> <hr/> <b>Puls</b> <hr/> <b>AF</b> <hr/> <i>Temperatur    BZ    SpO2</i>	: Zeit <b>RR</b> <hr/> <b>Puls</b> <hr/> <b>AF</b> <hr/> <i>Temperatur    BZ    SpO2</i>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

Verletzungen (Verdacht)		Erkrankungen (Verdacht)
<input type="checkbox"/> Wunde <input type="checkbox"/> Prellung <input type="checkbox"/> Verstauchung <input type="checkbox"/> Luxation <input type="checkbox"/> Fraktur <input type="checkbox"/> Fraktur (offen) <input type="checkbox"/> Verbrennung, Verbrühung <input type="checkbox"/> Insektenstich <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____		<input type="checkbox"/> Atmung <input type="checkbox"/> Kreislauf <input type="checkbox"/> Abdomen <input type="checkbox"/> Hypothermie <input type="checkbox"/> Hyperthermie <input type="checkbox"/> Intoxikation <input type="checkbox"/> Neurologie <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____

Maßnahmen	[ ] RTW
<input type="checkbox"/> Wundversorgung <input type="checkbox"/> Flachlagerung <input type="checkbox"/> Unterricht (s. Notizen) <input type="checkbox"/> Kühlung <input type="checkbox"/> Stabile Seitenlage <input type="checkbox"/> Maßn. verweigert! <input type="checkbox"/> Schocklage <input type="checkbox"/> Arztbesuch (s. Notizen) <input type="checkbox"/> KEINE <input type="checkbox"/> Oberkörperhochlage <input type="checkbox"/> Krankenhaus (s. Notizen) <input type="checkbox"/> _____	Zeit: <span style="margin-left: 50px;"></span> Rufname Zielkrankenhaus:

zurück in den Unterricht / zum Arzt / ins Krankenhaus / o.ä. Uhrzeit

Anmerkungen für die Eltern

---

Unterschrift Sanitäter

