

Protokollnr.: _____	Datum: _____	Uhrzeit: __ : __ - __ : __
Name: _____ Vorname: _____		Klasse: _____ Geburtsdatum: __. __. 19__
Unfallhergang: _____ _____ _____ _____ _____		Uhrzeit des Unfalls: _____ : _____
		Ort des Unfalls: _____ _____ _____ _____
Beschwerden:		
<input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Schwindelgefühl	<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen
<input type="checkbox"/> Wunde	<input type="checkbox"/> Schmerzen	<input type="checkbox"/> Erbrechen
<input type="checkbox"/> Allerg. Reaktion	<input type="checkbox"/> Insektenstich	<input type="checkbox"/> Atemnot
Allgemeinzustand:		
<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> mäßig	<input type="checkbox"/> bedrohlich
<input type="checkbox"/> Blässe	<input type="checkbox"/> Sauerstoffmangel	<input type="checkbox"/> kaltschweißig
Atmung:		
<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> unregelmäßig	<input type="checkbox"/> Hyperventilation
Herz / Kreislauf:		
<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> Schock	<input type="checkbox"/> Bewußtlosigkeit (____ min)
Verletzungen:		
<input type="checkbox"/> Keine	<input type="checkbox"/> Kopf	<input type="checkbox"/> Bauch
<input type="checkbox"/> Brust	<input type="checkbox"/> Wirbelsäule	<input type="checkbox"/> Arm
<input type="checkbox"/> Hand	<input type="checkbox"/> Bein	<input type="checkbox"/> Fuß
Genauere Beschreibung der Verletzung/ der Beschwerden:		
_____ _____ _____		
Blutdruck/ Puls:		
Puls: _____	RR: _____ / _____ / _____	
Maßnahmen:		
<input type="checkbox"/> Ruhe	<input type="checkbox"/> Schocklage	<input type="checkbox"/> Oberkörperhochlage
<input type="checkbox"/> Flachlage	<input type="checkbox"/> stabile Seitenlage	<input type="checkbox"/> Kühlung
<input type="checkbox"/> Wundversorgung	<input type="checkbox"/> Beatmung	<input type="checkbox"/> eigene Medikamente
O _____ _____		
Benachrichtigung der Eltern:		
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht erreicht
Übergabe:		
<input type="checkbox"/> Rettungsdienst	<input type="checkbox"/> Eltern	<input type="checkbox"/> Arzt
<input type="checkbox"/> Unterricht	<input type="checkbox"/> Nachbarn	<input type="checkbox"/> _____
Bemerkungen:		
_____ _____ _____		