

Deutsches Rotes Kreuz
Landesverband Rheinland-Pfalz e.V.
Jugendrotkreuz Schularbeit

Dokumentationsnachweis Schulsanitätsdienst

Schule:

Zuständige(r) Kooperationslehrer(in):

Zuständiger DRK-Verband:

Deutsches Rotes Kreuz 



Jugendrotkreuz



Deutsches Rotes Kreuz
Landesverband Rheinland-Pfalz e. V.
Jugendrotkreuz Schularbeit

Kontakt

Zuständiger DRK-Verband:

Kontaktmöglichkeiten und Ansprechpartner:

Deutsches Rotes Kreuz
Landesverband Rheinland-Pfalz e. V.
Jugendrotkreuz Schularbeit

Kontakt

Deutsches Rotes Kreuz
Landesverband Rheinland-Pfalz e. V.
Referat Jugendrotkreuz
Mitternachtsgasse 4
55116 Mainz

www.jrk-rlp.de

Tel.: 06131 2828-1215
Fax: 06131 2828-1299
E-Mail: ssd@lv-rlp.drk.de

Redaktion:
André Willrich (stv. JRK-Landesleiter)
Clarissa Bornschein (JRK Neustadt an der Weinstraße)
Britta Höke (JRK-Bildungsreferentin a.D.)
Ina Detzler (JRK-Bildungsreferentin)
Arbeitskreis Schularbeit im JRK Rheinland-Pfalz

Dokumentationsheft Schulsanitätsdienst
Jugendrotkreuz Rheinland-Pfalz

Version: November 2010
www.jrk-rlp.de

Nr.:	Name des Verletzten:	Klasse:
Datum:	Ort des Unfalls:	
Zeit:	Verletzung:	Schulsanitäter/Zeugen:
	Maßnahmen:	
Nr.:	Name des Verletzten:	Klasse:
Datum:	Ort des Unfalls:	
Zeit:	Verletzung:	Schulsanitäter:
	Maßnahmen:	
Nr.:	Name des Verletzten:	Klasse:
Datum:	Ort des Unfalls:	
Zeit:	Verletzung:	Schulsanitäter:
	Maßnahmen:	

Einsatzprotokoll Schulsanitätsdienst

Verletzter/Erkrankter:		Ifd. Einsatznummer:
Name:	Vorname:	Klasse:
Geburtsdatum:	Datum:	Uhrzeit:
Einsatzort:		
Notfallsituation:		
Bewusstseins: <input type="checkbox"/> orientiert <input type="checkbox"/> getrübt <input type="checkbox"/> bewusstlos (Dauer: ___ Minuten)	Atmung: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Atemnot <input type="checkbox"/> Hyperventilation <input type="checkbox"/> Atemstillstand	Verletzungen:
Messwerte A: Zeit: ___:___ Uhr Blutdruck: ___/___ mmHg Puls: ___/min Atemfrequenz: ___/min Blutzucker: ___ mg/dl	Messwerte B: Zeit: ___:___ Uhr Blutdruck: ___/___ mmHg Puls: ___/min Atemfrequenz: ___/min Blutzucker: ___ mg/dl	Kreislauf: <input type="checkbox"/> regelmäßiger Puls <input type="checkbox"/> unregelmäßiger Puls <input type="checkbox"/> Schock <input type="checkbox"/> kein Puls
Messwerte C: Zeit: ___:___ Uhr Blutdruck: ___/___ mmHg Puls: ___/min Atemfrequenz: ___/min Blutzucker: ___ mg/dl		

Maßnahmen:

- Stabile Seitenlage
- Oberkörperhochlagerung
- Flachlagerung
- Schocklagerung
- Schienung
- Wundversorgung
- Atemwege freimachen
- Beatmung
- Herzdruckmassage
- Hilfeleistung bei der Einnahme von Medikamenten:

Sonstiges:

Ergebnis:

- Zurück in den Unterricht
- An Erziehungsberechtigte überg.
- An Arzt übergeben:
- An Rettungsdienst übergeben
- Der Verletzte/Erkrankte hat die Versorgung abgelehnt.
=> dokumentieren. Falls Schüler unter 18 => Lehrer

- Der Einsatz soll im Rahmen der SSD AG nachbesprochen werden.
- Der Einsatz soll mit dem Jugendrotkreuz nachbesprochen werden.

Einsatznachbesprechung fand statt:

Kenntnisnahme Kooperationslehrer:

Datum, Unterschrift

Materialverbrauch:

Anzahl	Materialbezeichnung

Helfer SSD (Name):

- 1 _____
- 2 _____
- 3 _____