

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