GUV OL
Gemeinde-
Unfallversicherungsverband
Oldenburg

- Gesetzliche Unfallversicherung -
Abteilung Prävention
Gartenstraße 9
26122 Oldenburg

Einsatzprotokoll

Schulsanitätsdienst

SCHULE:

Name: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

PATIENTENDATEN:

Vorname: _____

Name: _____

Geburtstag: _____

Klasse: _____

EINSATZDATEN:

Datum: _____

Ort: _____

Rufzeit: _____

Einsatzbeginn: _____

Einsatzende: _____

NOTFALLGESCHEHEN:

MAßNAHMEN:

BEMERKUNG:

☐ Ruheraum ☐ nach Hause ☐ RTW ☐ NEF ☐ KTW ☐ TAXI

EINSATZMATERIAL:

SANITÄTER 1 _____

Name Unterschrift

SANITÄTER 2 _____

Name Unterschrift

BESTÄTIGUNG SCHULE
(Betreuende Lehrkraft
des Schulsanitätsdienstes) _____

Name Unterschrift

E-Mail: ruth.mirek@guv-oldenburg.de Telefon 0441/77909-28 Telefax 0441/77909-50