

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