Patientenübergabe an Sanität/Spital

F1.4-02A

I. Allgemeine Angaben

Lernende:

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	Klasse:
Geschlecht: ☐ männlich	☐ weiblich

Kontaktpersonen im Notfall:

Name, Vorname:	
Tel. Nr. Mobile:	+41

II. Gesundheitsfragen (Lernende)

Gesundheitsfragen Lernende:

Art der Verletzung:	

Allgemeiner Zustand des Patienten:

Ansprechbar:	☐ Ja	☐ Nein:
Bewusstsein:	☐ Ja	☐ Nein:
Blutungen:	☐ Nein	☐ Ja:
Atmung / Kreislauf:		

Gesundheitsprobleme:

Leiden Sie an Allergien? Wenn ja, welche?	☐ Ja	☐ Nein
Leiden Sie an chronischen Erkrankungen? Wenn ja, welche?	☐ Ja	☐ Nein
Nehmen Sie regelmässige Medikamente ein? Wenn ja, welche?	☐ Ja	☐ Nein
Dosierung?		

Weitere Gesundheitsprobleme:

_____

_____

III. Unterschriften

Datum: _____ _____

Visum Ersthelfer