

VERBANDSBUCH



Maßnahme
Name des Kindes

BITTE GUT LESBAR AUSFÜLLEN!

DOKUMENTATION ERSTE-HILFE-MASSNAHME

Art der Verletzung	Ort des Unfalls
Durchgeführte Erste-Hilfe-Maßnahme	Zeit des Unfalls
	Zeit der Behandlung
	Name der_des Ersthelfers (Mitarbeiter_in)
	Name von Zeugen

Art der Verletzung	Ort des Unfalls
Durchgeführte Erste-Hilfe-Maßnahme	Zeit des Unfalls
	Zeit der Behandlung
	Name der_des Ersthelfers (Mitarbeiter_in)
	Name von Zeugen

Art der Verletzung	Ort des Unfalls
Durchgeführte Erste-Hilfe-Maßnahme	Zeit des Unfalls
	Zeit der Behandlung
	Name der_des Ersthelfers (Mitarbeiter_in)
	Name von Zeugen

