LE GOUVERNEMENT
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG
Ministère de la Santé
et de la Sécurité sociale

Direction de la santé

☐ Erster PAI
☐ Folge-PAI
☐ Unbestimmte Dauer
☐ Gültig für ____ / ____

Division de la Médecine Scolaire
et de la Santé des Enfants
et Adolescents

20, rue de Bitbourg
L - 1273 Luxembourg-Hamm
pai@ms.etat.lu
Telefon : 247-75540

PAI - Individuelles Betreuungsprojekt
ALLERGIEN

Das vorliegende interaktive Formular erfordert mindestens die Version 8.1.3 des Adobe Acrobat® Reader®. Die aktuelle Version des Adobe Acrobat Reader für alle Betriebssysteme (Windows®, Mac usw.) kann kostenlos auf der Internetseite von Adobe Systems Incorporated heruntergeladen werden.

Ihre Rechte betreffend Ihre personenbezogenen Daten:

Ihre in diesem Formular erfassten personenbezogenen Informationen werden von der zuständigen Verwaltungsbehörde verarbeitet, um Ihren Antrag erfolgreich abzuschließen. Diese Informationen werden von der Behörde für den zur Verarbeitung erforderlichen Zeitraum gespeichert.
Die Empfänger Ihrer Daten sind die im Rahmen Ihres Antrags zuständigen Verwaltungsbehörden. Um die Empfänger der in diesem Formular erfassten Daten zu erfahren, wenden Sie sich bitte an die für Ihren Antrag zuständige Behörde.
Gemäß der Verordnung (EU) 2016/679 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten und zum freien Datenverkehr haben Sie das Recht auf Zugang, Berichtigung und gegebenenfalls Löschung Ihrer personenbezogenen Informationen. Sie haben zudem das Recht, Ihre erteilte Einwilligung jederzeit zu widerrufen.
Weiterhin können Sie, außer in Fällen, in denen die Verarbeitung Ihrer Daten verpflichtend ist, Widerspruch einlegen, wenn dieser rechtmäßig begründet ist.
*Wenn Sie diese Rechte ausüben und/oder Einsicht in Ihre Informationen nehmen möchten, können Sie sich an das **Ministerium für Gesundheit** wenden. Wenn die Kontaktdaten des zuständigen Dienstes nicht angegeben sind, können Sie sich an den Datenschutzbeauftragten des **Ministeriums für Gesundheit** wenden: info_donnees@ms.etat.lu. Sie haben außerdem die Möglichkeit, bei der Nationalen Kommission für den Datenschutz Beschwerde einzulegen (Commission nationale pour la protection des données, 1, Avenue du Rock'n'Roll, L-4361 Esch-sur-Alzette).*

1. Angaben

Die mit einem * markierten Felder sind Pflichtfelder.

Identität des Antragstellers

Foto

Feld für den schulärztlichen Dienst:

Name(n) des Schülers/Kindes:*

Vorname(n) des Schülers/Kindes:*

Identifikationsnummer (matricule):* (Geburtsdatum, wenn nicht vorhanden) Zyklus/Klasse:

Schule/SEA:*

Ort:*

Name(n) des gesetzlichen Vertreters / der Eltern:*

Adresse:*

Telefon:

E-Mail:

MSA_DSA_PAI-AL_D_202002_5

LE GOUVERNEMENT
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG
Ministère de la Santé
et de la Sécurité sociale

Direction de la santé

- ◯ Erster PAI
- ◯ Folge-PAI
- ◯ Unbestimmte Dauer
- ◯ Gültig für ____ / ____

Division de la Médecine Scolaire
et de la Santé des Enfants
et Adolescents

20, rue de Bitbourg
L - 1273 Luxembourg-Hamm
pai@ms.etat.lu
Telefon : 247-75540

Übertragung der Versorgung/Pflege

Die mit einem * markierten Felder sind Pflichtfelder.

Ich, der/die Unterzeichnete* _____

gesetzlicher Vertreter, oder ich selbst als mündige Person beantrage für mein Kind/mich die Ausarbeitung eines individuellen Betreuungsprojekts (PAI) auf der Grundlage der ärztlichen Verordnung und des Maßnahmenprotokolls für den Notfall

von Dr.* _____

Ich stimme zu, dass dieses Dokument dem für mein Kind zuständigen Personal zur Kenntnis gebracht und von diesem angewandt wird: Schule, schulärztlicher Dienst, Schülerhort/SEA, SePAS.
Ich trage die Verantwortung für:

- die Überprüfung des Verfallsdatums der Medikamente
- deren Erneuerung bei Erreichen des Verfallsdatums
- die Weiterleitung der Information im Falle einer Änderung der ärztlichen Verordnung an die zuständigen Personen und die Mitarbeiter des schulärztlichen Dienstes

Unterschrift (obligatorisch)

Ort:* _____

Datum:* _____

Unterschrift des Schülers, wenn volljährig (> 18 Jahre) oder des gesetzlichen Vertreters:* _____

Verschreibender Arzt:

Name:* _____

Datum:* _____

Unterschrift des Arztes:* _____

Für die Gesundheitsbehörde - Abteilung für schulärztliche Betreuung und die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen

PAI erhalten am: _____

übermittelt an: _____

am: _____

Unterschrift: _____

MSA_DSA_PAI-AL_D_202002_5

Name(n) des Schülers/Kindes: _____ Identifikationsnummer: _____

LE GOUVERNEMENT
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG
Ministère de la Santé
et de la Sécurité sociale

Direction de la santé

- ◯ Erster PAI
- ◯ Folge-PAI
- ◯ Unbestimmte Dauer
- ◯ Gültig für ____ / ____

Division de la Médecine Scolaire
et de la Santé des Enfants
et Adolescents

20, rue de Bitbourg
L - 1273 Luxembourg-Hamm
pai@ms.etat.lu
Telefon : 247-75540

2. Betreuer / Aufsichtspersonal

Mitarbeiter des schulärztlichen Dienstes	Name	Funktion	Telefonnummer
Zuständige Lehrkräfte	**Name**	**Funktion**	**Telefonnummer**
Betreuer im Schülerhort / in der Kinderkrippe	**Name**	**Funktion**	**Telefonnummer**
SePAS/ESEB	**Name**	**Funktion**	**Telefonnummer**
Sonstige	**Name**	**Funktion**	**Telefonnummer**

3. Behandelnde Ärzte des Kindes

Hausarzt	Name	Adresse	Telefonnummer
Fachärzte	**Name**	**Adresse**	**Telefonnummer**

MSA_DSA_PAI-AL_D_202002_5

Name(n) des Schülers/Kindes: _____ Identifikationsnummer: _____

LE GOUVERNEMENT
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG
Ministère de la Santé
et de la Sécurité sociale

Direction de la santé

☐ Erster PAI
☐ Folge-PAI
☐ Unbestimmte Dauer
☐ Gültig für ____ / ____

Division de la Médecine Scolaire
et de la Santé des Enfants
et Adolescents

20, rue de Bitbourg
L - 1273 Luxembourg-Hamm
pai@ms.etat.lu
Telefon : 247-75540

4. Übermittung des PAI / Gemeinsame Besprechung

Informationsversammlung: _____

Datum: _____

Anwesenheitsliste - Personen, die das PAI zur Kenntnis genommen haben

(Namen und Funktionen aller informierten Personen angeben)

Funktion	Name/Vorname	Unterschrift	Datum
Klassenlehrer/-in			
Erzieher/-in			
Leiter/-in Schülerhort/SEA			
Betreuer Schülerhort/SEA			
SEPAS			
ESEB			
Andere			
Andere			
Andere			

Für das schulmedizinische Team:

Eine Kopie des PAI wurde ausgehändigt an: _____

am: _____

WICHTIG: Anweisungen für das für die Betreuung des Schülers zuständige Personal:

- **Bitte informieren Sie die Direktoren des Grundschul-/Sekundarschulwesens, die Lehrkräfte und die Betreuer oder Vertreter über den PAI.**
- **Bitte schicken Sie eine Kopie dieser Seite an die Abteilung für schulärztliche Betreuung (20, rue de Bitbourg, L-1273 Luxemburg-Hamm), nachdem das PAI von allen Betroffenen zur Kenntnis genommen und unterzeichnet wurde.**

MSA_DSA_PAI-AL_D_202002_5

Name(n) des Schülers/Kindes: _____ Identifikationsnummer: _____

LE GOUVERNEMENT
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG
Ministère de la Santé
et de la Sécurité sociale

Direction de la santé

- ◯ Erster PAI
- ◯ Folge-PAI
- ◯ Unbestimmte Dauer
- ◯ Gültig für ____ / ____

Division de la Médecine Scolaire
et de la Santé des Enfants
et Adolescents

20, rue de Bitbourg
L - 1273 Luxembourg-Hamm
pai@ms.etat.lu
Telefon : 247-75540

5. Bedingungen für die Betreuung

A) Bedingungen für die Betreuung (falls Anpassungen nötig sind):

Zwischenmahlzeiten	Schulkantine	Kunstunterricht, Kochworkshops und etwaige Vorsichtsmaßnahmen bei der Handhabung
☐ vom Kind mitgebracht	☐ nicht erlaubt	☐ keine Einschränkungen
☐ einfache Vermeidung	☐ Essenskörbe	☐ Salzteig, Knetmasse
☐ gewaschenes und vom befugten Erzieher bzw. der befugten Lehrkraft verteiltes frisches Obst und Gemüse	☐ vom Betreiber der Schulkantine als allergenfrei bestätigte Mahlzeiten	☐ Erdnüsse, Schalenfrüchte
☐	☐ übliche Mahlzeiten mit einfacher Vermeidung (bitte angeben):	☐ sonstige (bitte angeben):
☐	☐	☐

B) Etwaige sonstige Anpassungen

Unterschrift

Ort:* _____

Datum:* _____

Stempel des Arztes:* _____

MSA_DSA_PAI-AL_D_202002_5

Name(n) des Schülers/Kindes: _____ Identifikationsnummer: _____

LE GOUVERNEMENT
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG
Ministère de la Santé
et de la Sécurité sociale

Direction de la santé

- ◯ Erster PAI
- ◯ Folge-PAI
- ◯ Unbestimmte Dauer
- ◯ Gültig für ____ / ____

Division de la Médecine Scolaire
et de la Santé des Enfants
et Adolescents

20, rue de Bitbourg
L - 1273 Luxembourg-Hamm
pai@ms.etat.lu
Telefon : 247-75540

6. Anweisungen

1. Notfallset

EINE KOPIE DIESES DOKUMENTS IM NOTFALLSET AUFBEWAHREN

Inhalt / Medikamente	Verfallsdatum
Aufbewahrungsort	
Schule ☐	
Schülerhort / SEA ☐	
Sonstige ☐	

- **BEI ALARMIERUNG DES NOTARZTES (SAMU), DIESEN ÜBER DAS DOKUMENT INFORMIEREN**
- **DIE ELTERN INFORMIEREN**
- **DAS NOTFALLSET MUSS DAS KIND BEI ALLEN AUFENTHALTEN AUSSERHALB DER SCHULE/DES SCHÜLERHORTS MIT SICH FÜHREN**

2. VERWENDUNG EINES ADRENALIN-AUTOINJEKTORS

☐ **JA** **(bitte Seite 7 oder 8 ausfüllen)**

☐ **NEIN** **(bitte Seite 9 ausfüllen)**

MSA_DSA_PAI-AL_D_202002_5

Name(n) des Schülers/Kindes: _____ Identifikationsnummer: _____

LE GOUVERNEMENT
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG
Ministère de la Santé
et de la Sécurité sociale

Direction de la santé

☐ Erster PAI
☐ Folge-PAI
☐ Unbestimmte Dauer
☐ Gültig für ____ / ____

Division de la Médecine Scolaire
et de la Santé des Enfants
et Adolescents

20, rue de Bitbourg
L - 1273 Luxembourg-Hamm
pai@ms.etat.lu
Telefon : 247-75540

7a. NOTFALL-AKTIONSPLAN – ALLERGIEN

Falls die Anwendung eines **Adrenalin-Autoinjektors** notwendig ist, und falls es sich um **FASTJEKT** oder **EPIPEN** handelt, bitte diese Seite ausfüllen.

Sonstige ALLERGIEN :

SCHWERE REAKTION:

- Meine Stimme verändert sich
- Das Sprechen fällt mir schwer
- Ich habe Atemprobleme, ich pfeife, ich huste
- Ich habe starke Bauchschmerzen, ich übergebe mich
- Ich fühle mich nicht wohl, ich habe einen Schwächeanfall

ACHTUNG!
DAS KANN SCHLIMM SEIN.
HELFT MIR SCHNELL AUF DIE RICHTIGE WEISE

1. INJEKTION VON FASTJEKT oder EPIPEN:

Die blaue Sicherheitskappe abziehen. | Die orangefarbene Spitze im rechten Winkel 5 cm von der Außenseite des Oberschenkels entfernt halten. | Drücken Sie den Fastjekt® / Fastjekt® Junior fest auf das Bein auf, bis ein Klicken zu hören ist, und halten Sie ihn 10 Sekunden lang fest. | Die Injektionsstelle 10 Sekunden lang massieren.

2. DEN NOTARZT (SAMU) 112 RUFEN

3. Das Kind hinlegen und seine Beine hochlegen oder bei Atemproblemen sitzen lassen.

2. Injektion in den anderen Oberschenkel, wenn nach 10 -15 Minuten keine Besserung eintritt. ☐ **JA** ☐ **NEIN**

4. BEIM ATMEN HELFEN

- Kurz wirksame beta-agonistische Bronchodilatatoren verabreichen (eventuell mit Vorschaltkammer):

- Orale Kortikosteroide:

LEICHTE REAKTION:

- Mein Mund juckt, meine Nase läuft
- Meine Lippen schwellen an
- Ich habe rote Flecken am Körper, die jucken
- Ich habe leichte Bauchschmerzen und mir ist übel

ACHTUNG!
ICH HABE ABER KEINE PROBLEME BEIM SPRECHEN UND ATMEN

1. Antihistaminikum:

2. Das Kind überwachen und die Eltern verständigen

3. Bei Verschlimmerung: *wie eine schwere Reaktion behandeln*

*Protokoll von der luxemburgischen Allergologie- und Immunologievereinigung validiert

Unterschrift

Ort:*

Datum:*

Stempel des Arztes:*

Name(n) des Schülers/Kindes:

Identifikationsnummer:

MSA_DSA_PAI-AL_D_202002_5

LE GOUVERNEMENT
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG
Ministère de la Santé
et de la Sécurité sociale

Direction de la santé

☐ Erster PAI
☐ Folge-PAI
☐ Unbestimmte Dauer
☐ Gültig für ____ / ____

Division de la Médecine Scolaire
et de la Santé des Enfants
et Adolescents

20, rue de Bitbourg
L - 1273 Luxembourg-Hamm
pai@ms.etat.lu
Telefon : 247-75540

7b. NOTFALL-AKTIONSPLAN – ALLERGIEN

Falls die Anwendung eines **Adrenalin-Autoinjektors** notwendig ist, und falls es sich um **ANAPEN** handelt, bitte diese Seite ausfüllen.

Sonstige ALLERGIEN :

SCHWERE REAKTION:

- Meine Stimme verändert sich
- Das Sprechen fällt mir schwer
- Ich habe Atemprobleme, ich pfeife, ich huste
- Ich habe starke Bauchschmerzen, ich übergebe mich
- Ich fühle mich nicht wohl, ich habe einen Schwächeanfall

ACHTUNG!
DAS KANN SCHLIMM SEIN.
HELFT MIR SCHNELL AUF DIE RICHTIGE WEISE

1. INJEKTION VON ANAPEN:

Entfernen Sie die schwarze Nadelkappe durch kräftiges Ziehen.

Halten Sie das offene (Nadel-)Ende des Anapen gegen die Aussenseite des Oberschenkels.

Durch Ziehen die graue Sicherheitskappe vom roten Auslöseknopf entfernen.

Auf den Auslöseknopf, drücken, bis ein Klicken zu hören ist. 10 Sekunden lang gedrückt halten. Danach die Injektionsstelle massieren.

2. DEN NOTARZT (SAMU) 112 RUFEN

3. Das Kind hinlegen und seine Beine hochlegen oder bei Atemproblemen sitzen lassen.
2. Injektion in den anderen Oberschenkel, wenn nach 10 -15 Minuten keine Besserung eintritt. ☐ **JA** ☐ **NEIN**

4. BEIM ATMEN HELFEN

- Kurz wirksame beta-agonistische Bronchodilatatoren verabreichen (eventuell mit Vorschaltkammer):

- Orale Kortikosteroide:

LEICHTE REAKTION:

- Mein Mund juckt, meine Nase läuft
- Meine Lippen schwellen an
- Ich habe rote Flecken am Körper, die jucken
- Ich habe leichte Bauchschmerzen und mir ist übel

ACHTUNG!
ICH HABE ABER KEINE PROBLEME BEIM SPRECHEN UND ATMEN

1. Antihistaminikum:

2. Das Kind überwachen und die Eltern verständigen

3. Bei Verschlimmerung: *wie eine schwere Reaktion behandeln*

*Protokoll von der luxemburgischen Allergologie- und Immunologievereinigung validiert

Unterschrift

Ort:*

Datum:*

Stempel des Arztes:*

Name(n) des Schülers/Kindes:

Identifikationsnummer:

MSA_DSA_PAI-AL_D_202002_5

LE GOUVERNEMENT
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG
Ministère de la Santé
et de la Sécurité sociale

Direction de la santé

- ◯ Erster PAI
- ◯ Folge-PAI
- ◯ Unbestimmte Dauer
- ◯ Gültig für ____ / ____

Division de la Médecine Scolaire
et de la Santé des Enfants
et Adolescents

20, rue de Bitbourg
L - 1273 Luxembourg-Hamm
pai@ms.etat.lu
Telefon : 247-75540

7c. NOTFALL-AKTIONSPLAN – ALLERGIEN

Falls die Anwendung eines **Adrenalin-Autoinjektors nicht** notwendig ist, bitte diese Seite ausfüllen.

Sonstige ALLERGIEN :

LEICHTE REAKTION:

- Mein Mund juckt, meine Nase läuft
- Meine Lippen schwellen an
- Ich habe rote Flecken am Körper, die jucken
- Ich habe leichte Bauchschmerzen und mir ist übel

ACHTUNG!
ICH HABE ABER KEINE PROBLEME BEIM SPRECHEN UND ATMEN

1. Antihistaminikum:

2. Das Kind überwachen und die Eltern verständigen

3. Bei Verschlimmerung: ***wie eine schwere Reaktion behandeln***

SCHWERE REAKTION:

- Meine Stimme verändert sich und/oder
- Das Sprechen fällt mir schwer und/oder
- Ich habe Atemprobleme, ich pfeife, ich huste und/oder
- Ich habe starke Bauchschmerzen, ich übergebe mich und/oder
- Ich fühle mich nicht wohl, ich habe einen Schwächeanfall

ACHTUNG!
DAS KANN SCHLIMM SEIN.
HELFT MIR SCHNELL AUF DIE RICHTIGE WEISE

1. DEN NOTARZT (SAMU) 112 RUFEN

2. BEIM ATMEN HELFEN

- Kurz wirksame beta-agonistische Bronchodilatatoren verabreichen (eventuell mit Vorschaltkammer):

- Orale Kortikosteroide:

3. Antihistaminikum: ***(Wenn nicht bereits aufgrund einer leichten Reaktion verabreicht)***

*Protokoll von der luxemburgischen Allergologie- und Immunologievereinigung validiert

Unterschrift

Ort:*

Datum:*

Stempel des Arztes:*

MSA_DSA_PAI-AL_D_202002_5

Name(n) des Schülers/Kindes:

Identifikationsnummer: