



Erster PAI

Folge-PAI

Unbestimmte Dauer

Gültig für

PAI - Individuelles Betreuungsprojekt DIABETES



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](http://www.adobe.com) 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:	<input type="text"/>
	Name(n) des Schülers/Kindes:*	<input type="text"/>
	Vorname(n) des Schülers/Kindes:*	<input type="text"/>
	Identifikationsnummer (matricule):* (Geburtsdatum, wenn nicht vorhanden)	Zyklus/Klasse: <input type="text"/>
Schule/SEA:*	<input type="text"/>	
Ort:*	<input type="text"/>	
Name(n) des gesetzlichen Vertreters / der Eltern:*	<input type="text"/>	
Adresse:*	<input type="text"/>	
Telefon:	<input type="text"/>	
E-Mail:	<input type="text"/>	

Name(n) des Schülers/Kindes:

Identifikationsnummer:



Erster PAI

Folge-PAI

Unbestimmte Dauer

Gültig für

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:

Unterschrift:

übermittelt an:

am:



Erster PAI
 Folge-PAI
 Unbestimmte Dauer
 Gültig für /

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

Name(n) des Schülers/Kindes:

Identifikationsnummer:



Erster PAI

Folge-PAI

Unbestimmte Dauer

Gültig für

4. Übermittlung 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, oder per E-Mail an pai@ms.etat.lu), nachdem das PAI von allen Betroffenen zur Kenntnis genommen und unterzeichnet wurde.



Erster PAI

Folge-PAI

Unbestimmte Dauer

Gültig für

5. VERSORGUNG WÄHREND DER UNTERRICHTSZEITEN

Ausgefüllt durch den behandelnden Arzt des Kindes - gemeinsam mit den Eltern:

Nr.	Der Schüler muss folgende Lebensmittel zur Erhöhung des Blutzuckerspiegels immer bei sich tragen:	Die Familie verpflichtet sich, das benötigte Material in ausreichender Menge zur Verfügung zu stellen. Sie liefert regelmäßig den vereinbarten Lebensmittelvorrat:
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

6. SPEZIFISCHER BEDARF DES SCHÜLERS

Im Unterricht:

Der Schüler muss die Möglichkeit haben, seinen Blutzucker zu messen, zu essen, zu trinken oder die Toilette aufzusuchen, wenn er Zeichen einer Unterzuckerung verspürt. Es darf nicht von ihm verlangt werden, die Pause abzuwarten. Jüngere Kinder benötigen die Hilfe eines Erwachsenen, um den Blutzucker zu messen und Insulin zu verabreichen.

Blutzuckermessung im Unterricht oder sonst wo / im Schülerhort: ja nein

Blutzuckermessung durchgeführt von:

Wann?

Wo?

Vorgehensweise je nach Ergebnis:

Blutzucker niedriger als:

Blutzucker höher als:

Versorgung in der Schule:

Dem Schüler muss Insulin während der Anwesenheit in der Schule verabreicht werden: ja nein

Art der Verabreichung: Pumpe Spritzen

Wenn ja, **wer** verabreicht das Insulin oder den Bolus (im Falle einer Pumpe):

Wann?

Wo?

Wer entscheidet über die Dosis?

*Protokoll vom DECCP validiert



Erster PAI
 Folge-PAI
 Unbestimmte Dauer
 Gültig für /

Sonstige Behandlung:

Mahlzeiten:

Snacks und/oder Zwischenmahlzeiten, Uhrzeiten:

Person, die den Zuckergehalt berechnet, und wie:

ZU MELDENDE KLINISCHE ZEICHEN	ANZUNEHMENDES VERHALTEN
WARNANZEICHEN EINER BEGINNENDEN UNTERZUCKERUNG:	
Das Kind/der Jugendliche sagt: Ich habe Hunger, ich bin unterzuckert	1. Den Blutzucker messen
Schwindel	2. Wenn der Wert geringer ist als mg/dl:
Müdigkeit	
Sehstörungen (glänzende Augen)	=> ERHÖHUNG DES BLUTZUCKERSPIEGELS:
Blässe	
Schwitzen	3. Blutzucker nach 30 Minuten erneut messen; wenn immer noch geringer als mg/dl:
Sprachstörungen	
Plötzlicher Stimmungswechsel: Aggressivität, Benommenheit, Apathie + zappelig	=> erneut versuchen, den Blutzuckerspiegel zu erhöhen
WARNANZEICHEN EINER SCHWEREN UNTERZUCKERUNG:	
Schwächeanfall ohne Möglichkeit , den Blutzuckerspiegel des Kindes auf dem oralen Weg zu erhöhen	Intramuskuläre Injektion von Glukagon oder Intranasale Verabreichung von Baqsimi®, oder den Notruf 112 wählen
Ohnmacht/Krämpfe	

Immer an der Seite des Kindes oder des Jugendlichen bleiben, die Familie verständigen oder folgende Handynummer

anrufen.

*Protokoll vom DECCP validiert



Erster PAI
 Folge-PAI
 Unbestimmte Dauer
 Gültig für /

7. Anweisungen

1. Notfallset

EINE KOPIE DIESES DOKUMENTS IM NOTFALLSET AUFBEWAHREN

Inhalt / Medikamente	Verfallsdatum
Aufbewahrungsort	
Schule <input type="checkbox"/>	
Schülerhort / SEA <input type="checkbox"/>	
Sonstige <input type="checkbox"/>	

- 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. Bedingungen für die Betreuung (körperliche Bewegung, Schwimmen, Ausflüge usw.):

3. Etwaige sonstige Anpassungen:

Unterschrift

Ort:*

Datum:*

Stempel des Arztes:*