



Erster PAI

Folge-PAI

Unbestimmte Dauer

Gültig für

PAI - Individuelles Betreuungsprojekt EPILEPSIE



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.

Name(n) des Schülers/Kindes:

Identifikationsnummer:



Erster PAI
 Folge-PAI
 Unbestimmte Dauer
 Gültig für /

5. NOTFALL-AKTIONSPLAN - EPILEPSIE

Bei einem EPILEPTISCHEN ANFALL:

Symptome:

- Krämpfe (rhythmische Zuckungen)
 Bewusstseinsverlust
 Absence (Bewusstseinspausen mit abruptem Anfang und Ende)
 Kurze motorische Automatismen / merkwürdiges Verhalten

Was tun? Ruhig bleiben: Die meisten Anfälle hören nach einigen Minuten von selbst wieder auf!!

- verhindern, dass das Kind sich verletzt
- ihm durch Lockern der Kleidung die Atmung erleichtern
- ein Kissen unter seinen Kopf legen
- ihm nichts in den Mund stecken
- auf die Uhr sehen, um zu wissen, wie lange der Anfall dauert
- die anderen Kinder fernhalten

Dauert der Anfall länger als Minuten:

1. Folgende(s) Medikament(e) verabreichen:

2. Auf jeden Fall den Notarzt (SAMU - 112) rufen

Den Notarzt (SAMU - 112) rufen

- Wenn der Anfall länger als 5 Minuten nach Verabreichung des Medikaments weiter anhält
- Wenn sich in kurzer Zeit mehrere Krisen wiederholen
- Wenn der Schüer sich während des Anfalls verletzt hat oder wenn sich der Anfall im Schwimmbad ereignete
- Wenn sich der Schüer nach dem Anfall nicht richtig erholt (schläfrig, wird nicht wach)

Im Zweifelsfall NICHT ZÖGERN, DEN NOTARZT (SAMU) ZU RUFEN

3. Die ELTERN informieren

Unterschrift

Ort:*

Datum:*

Stempel des Arztes:*



Erster PAI
 Folge-PAI
 Unbestimmte Dauer
 Gültig für /

6. 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 und sonstige
<input type="checkbox"/> nicht erlaubt	<input type="checkbox"/> nicht erlaubt	<input type="checkbox"/> keine Einschränkungen
<input type="checkbox"/> nähere Beaufsichtigung	<input type="checkbox"/> nähere Beaufsichtigung ¹	<input type="checkbox"/> nähere Beaufsichtigung
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1) Eine volljährige Person, die den Schüler vom Beckenrand aus beobachten kann und in der Lage ist, ihn aus dem Wasser zu ziehen oder schnell Hilfe zu holen; der Schüler muss gut sichtbar/erkennbar sein (schnell erkennbare farbige Schwimmkappe)

3. Etwaige sonstige Anpassungen:

Unterschrift

Ort:*

Datum:*

Stempel des Arztes:*