



Erster PAI  
 Folge-PAI  
 Unbestimmte Dauer  
 Gültig für  /

## PAI - Individuelles Betreuungsprojekt HÄMOPHILIE



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

Datum:\*

## 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), nachdem das PAI von allen Betroffenen zur Kenntnis genommen und unterzeichnet wurde.



Erster PAI  
 Folge-PAI  
 Unbestimmte Dauer  
 Gültig für  /

## 5. Anweisungen

Schüler/Kind leidet unter einer Hämophilie : A  B

### 1. Bei Gefahr einer inneren Blutung wie Kopf- oder Bauchverletzung:

- Schnell den **Notarzt (SAMU - 112)** verständigen, anschließend die Eltern benachrichtigen.
- Eis auf die Stoßstelle legen. Bei einer Beule am Kopf: Diese mit der Handfläche 10 Minuten lang abdrücken und Eis auf die Beule legen.

### 2. Bei kleineren Verletzungen, die Hämatome (erhöhtes Muskelvolumen) oder eine Hämarthrose (erhöhtes Gelenkvolumen) verursachen können:

- Mit der Handfläche 10 Minuten lang abdrücken, mit Eis kühlen und die Eltern verständigen.

### 3. Bei Schnitt- oder Schürfwunden:

- Mit einem alkoholfreien Mittel desinfizieren und mit einer sterilen Kompresse 10 Minuten lang abdrücken; anschließend einen Druckverband anlegen und so lange angelegt lassen, bis das Kind versorgt werden kann.

### 4. Bei größeren Wunden, die genäht werden müssen:

- Mit einer trockenen Kompresse Druck auf die Stelle ausüben, die Eltern anrufen, da vor jedem chirurgischen Eingriff (Nähen) ein Antihämostasefaktor injiziert werden muss.

### 5. Bei Nasenbluten:

- Das Kind hinsetzen, ihm die Nase putzen, den Kopf in normaler Position halten und den Nasenflügel und das Nasenloch 10 Minuten lang fest mit dem ganzen Daumen abdrücken. Die Eltern benachrichtigen, wenn die Blutung nach 10 Minuten nicht aufhört.

### 6. Bei Wunden im Mund:

- Den Mund des Kindes mit kaltem Wasser ausspülen, mit einer trockenen Kompresse einige Minuten (wenn möglich 10 Minuten) abdrücken, Eiswürfel lutschen lassen. Die Eltern benachrichtigen.

### ACHTUNG:

Auf **KEINEN** Fall **ASPIRIN** oder **NICHTSTEROIDALE ENTZÜNDUNGSHEMMER** (Ibuprofen, Diclofenac usw.) verabreichen.

Bei Fieber ist nur Paracetamol (Dafalgan usw.) erlaubt. Wenn die Blutung länger als 10 Minuten anhält oder erneut einsetzt, die Eltern anrufen.

## Unterschrift

Ort:\*

Datum:\*

Stempel des Arztes:\*

Name(n) des Schülers/Kindes:

Identifikationsnummer: