

# BETREUUNGSDIENSTLICHES VERSORGUNGSPROTOKOLL

**EINSATZDATEN:** Einsatzanlass:   
Einsatzverantwortliche DRK-Struktur: KV/OV/EE   
Verantwortliche Betreuungsdienstleistung:  BvO  BtStaffel  BtGruppe  BTP 200  BTP 500  Sonstige:

**REGISTRIERDATEN:** Datum Registrierung TT MM JJJJ Uhrzeit Registrierung HH MM Laufende Nummer

Nachname:   männlich  weiblich  
Vorname/n:   minderjährig  
Straße:   alleine  
PLZ:  Ort:  Land:   mit Angehörigen/Freunden  
Geb.dat.: TT MM JJJJ Sprache(n):   in Gruppe ohne enge Verbindung  
Erreichbarkeit: z.B. eigene Mobilnummer  mit Kind/ern

Ort der Aufnahme und Betreuungsdienstliche Einrichtung  
Erreichbarkeit Angehörige/Freunde

**SITUATIONSBESCHREIBUNG:**

Betreuungsanlass, Grund der Aufnahme  ohne medizinische Versorgung  
Zustandsbeschreibung bei Aufnahme  gesichtet, keine medizinische Versorgung notwendig  
 medizinische Versorgung im Vorfeld erfolgt  
 medizinische Versorgung noch notwendig *PATIENTENPROTOKOLL!*

**HINTERGRUNDINFORMATIONEN:**

Vorerkrankungen Körperliche Einschränkungen, Behinderungen  
(Dauer-) Medikamenteneinnahme

Hilfe notwendig bei ...  
 Essen/Trinken  Körperpflege  
 Medikamenteneinnahme  
 Mobilisation/Bewegung  
 Pflegegrad:   
Notwendige Hilfsmittel

Allergien Nahrungsmittelunverträglichkeiten  
Besondere Essensgewohnheiten  
Sonstige Besonderheiten z.B. kulturell, religiös, sozial

**BETREUUNGSDIENSTLICHE LEISTUNGEN:** *Bei längerfristigem Aufenthalt Rückseite nutzen!*

ALLG. SOZIALE BETREUUNG	VERPFLEGUNG	UNTERKUNFT	WEITERFÜHRENDE LEISTUNGEN
<input type="checkbox"/> Keine Betreuung, nur Registrierung	<input type="checkbox"/> Getränke	<input type="checkbox"/> Kleiderausgabe	<input type="checkbox"/> PSNV-Leistungen
<input type="checkbox"/> Vermittlung zu Angeh./Freunden	<input type="checkbox"/> Kaltverpflegung	<input type="checkbox"/> Übernachtungsmöglichkeit	<input type="checkbox"/> Unterstützende Pflegeleistung
<input type="checkbox"/> Begleitung durch die Situation	<input type="checkbox"/> Warmverpflegung	<input type="checkbox"/> Hygieneartikel	<input type="checkbox"/> Kinderbetreuung
Sonstige Maßnahmen	Sonstige Maßnahmen	Sonstige Maßnahmen	Sonstige Maßnahmen

**WEITERFÜHRENDE MASSNAHMEN:**  Übergabe an Angehörige/Freunde  
 Zurück zum Ursprungsort  
 Übergabe weiterführende Betreuungseinrichtung  
 Vernetzung Hilfeleistungsangebote des DRK  
 Anbindung Sozialamt, Jugendamt, sonst. Behörde

**VERLAUFSBESCHREIBUNG:**

**BETREUUNGSENDE:** Datum: TT MM JJJJ Uhrzeit: HH MM Gesamtdauer:  des Aufenthalts

**BEMERKUNGEN:**

**SIGNATUR:**

Name, Vorname Helfer 1	Name, Vorname Helfer 2
Unterschrift	Unterschrift
Qualifikation	Qualifikation

Protokoll zentral erfasst  Rückseite ausgefüllt  Zusatzdokumentation angeheftet

DRK Landesverband Saarland e.V. Bereichsleiter/Verantwortliche: Erstedt, Lorenz, Koenig, Schmidt, Hiltz, Freyberger, LB, 010207

# RÜCKSEITE BETREUUNGSDIENSTLICHES VERSORGUNGSPROTOKOLL

**KLEIDERAUSGABE:**

Größe Allg.:

Größe Oberteile:  
Kragenweite

Größe Hose:

Sondergröße notwendig: \_\_\_\_\_

**Ausgegeben:**

*Beispiele - Können überschrieben werden*

	AUSGABE		RÜCKGABE
Unterhemd	Anzahl	Größe	<input type="checkbox"/>
T-Shirt/Hemd	Anzahl	Größe	<input type="checkbox"/>
Pullover	Anzahl	Größe	<input type="checkbox"/>
Jacke	Anzahl	Größe	<input type="checkbox"/>
Mantel	Anzahl	Größe	<input type="checkbox"/>
Sonstige Bekleidung	Anzahl	Größe	<input type="checkbox"/>
Beschreibung:	_____		

	AUSGABE		RÜCKGABE
Unterwäsche	Anzahl	Größe	<input type="checkbox"/>
Hose	Anzahl	Größe	<input type="checkbox"/>
Rock/Kleid	Anzahl	Größe	<input type="checkbox"/>
Kurze Hose	Anzahl	Größe	<input type="checkbox"/>
Badebekleidung	Anzahl	Größe	<input type="checkbox"/>
Sonstige Bekleidung	Anzahl	Größe	<input type="checkbox"/>
Beschreibung:	_____		

**Sonstige Ausgaben:**

**Kleiderquelle:**

**Informationen zu Waschen/Pflege maßnahmen**

**AUSGABE**

**UNTERKUNFTSARTIKEL:**

*Beispiele - Können überschrieben werden*

**Informationen zu Waschen/Pflege maßnahmen:**

	AUSGABE	RÜCKGABE
Bett	Anzahl <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Laken	Anzahl <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Decke	Anzahl <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Kissen	Anzahl <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Woldecke	Anzahl <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

**AUSGABE HYGIENEARTIKEL**

Bitte Freitext

**Sonstige Ausgaben:**

**EIGENES HAB UND GUT**

**WEITERFÜHRENDE DOKUMENTION / VERLAUF / BESONDERHEITEN / HINWEISE**