

Tanykind

Notfallblatt für Kinder

Vorname und Name: _____

Adresse: _____

Geburtsdatum: _____

ERZIEHUNGSBERECHTIGTER MENSCH I

Vorname und Name: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Mail: _____

Dieser Mensch soll im Notfall kontaktiert werden.

ERZIEHUNGSBERECHTIGTER MENSCH II

Vorname und Name: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Mail: _____

Dieser Mensch soll im Notfall kontaktiert werden.

WEITERE KONTAKT-MENSCHEN

Dieser Mensch soll kontaktiert werden, falls die obigen erwähnten Erziehungsberechtigten nicht erreichbar sind:

Vorname und Name: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Mail: _____

MEDIZINISCHE INFOS ZUM KIND

I. Medikamente - Muss dein Kind regelmässig Medikamente einnehmen?

Ja Nein

Wenn ja, welche und wann? _____

II. Allergien - Hat dein Kind Allergien?

Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

III. Krankenversicherung - Wo ist dein Kind krankenversichert? Vers.-Nr.?

IV. Hausarzt - Wer ist der Hausarzt deines Kindes (Name, Adresse)?

V. Impfungen - Mein Kind ist ungeimpft Mein Kind ist geimpft

Falls dein Kind geimpft wurde, wann bekam es die letzte Starrkrampfpimpfung?

Falls dein Kind ungeimpft ist, wie sollen die ÄrztInnen im Notfall diesbezüglich vorgehen?

VI. Homöopathische Arzneimittel in TANY - Dürfen die betreuenden RaumhalterInnen der Tany-Schule (www.tanyfitiavana.ch) homöopathische Arzneimittel verwenden?

JA, ohne Einschränkung NEIN

JA, unter folgenden Bedingungen: _____

Falls JA ausgewählt, dann kreuze zusätzlich an, welche homöopathische Arzneimittel von Tany's Notfallapotheke verwendet werden können:

ALLE unten aufgeführten homöopathische Arzneimittel

oder

JA NEIN Bemerkungen

CDL & DMSO _____

Silberkolloid _____

Globuli _____

Bachblüten _____

CERES-Tinkturen _____

JA NEIN Bemerkungen

Spagyrik _____

Schüssler-Salze _____

Traumeel _____

Wallwurzsalbe _____

VII. Homöopathische Arzneimittel in einer Notfall-Situation

Darf in einer Notfall-Situation das ärztliche Betreuungs-Team homöopathische Arzneimittel verwenden?

JA, ohne Einschränkung NEIN

JA, unter folgenden Bedingungen: _____

VIII. Bemerkungen

Weitere wichtige Bemerkungen oder Besonderheiten zum Gesundheitszustand deines Kindes und wichtige Vorgehensweisen diesbezüglich:

Ich/Wir, die Erziehungsberechtigte(n), bestätige(n) die Richtigkeit aller obigen Angaben:

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

Ort, Datum _____ Unterschrift _____