

## Notfallblatt für \_\_\_\_\_

### ERZIEHUNGSBERECHTIGTE(R) I

Vorname und Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Mail: \_\_\_\_\_

Diese Person soll im Notfall kontaktiert werden.

### ERZIEHUNGSBERECHTIGTE(R) II

Vorname und Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Mail: \_\_\_\_\_

Diese Person soll im Notfall kontaktiert werden.

### WEITERE KONTAKTPERSONEN

Diese Person soll kontaktiert werden, falls obige Erziehungsberechtigte nicht erreichbar sind:

Vorname und Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Mail: \_\_\_\_\_

### WICHTIGE MEDIZINISCHE INFOS ZUM KIND

I. Muss ihr Kind regelmässig Medikamente einnehmen?

Ja     Nein

Wenn ja, welche und wann? \_\_\_\_\_

II. Hat ihr Kind Allergien?

Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

III. Wo ist ihr Kind krankenversichert?

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

V. Impfungen

Mein Kind ist ungeimpft  Mein Kind ist geimpft

Falls ihr Kind geimpft wurde, wann bekam es die letzte Starrkrampfimpfung?

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

### BEMERKUNGEN

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ich/Wir bestätige(n) die Richtigkeit obiger Angaben.

Erziehungsberechtigte:

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_