



Notfallblatt

Kind

Name: Vorname:
Adresse: PLZ/Ort:
Geburtsdatum: Muttersprache:

Eltern (Im Notfall zu erreichen)

Name Mutter: Name Vater:
Telefon: Telefon:
Mobile: Mobile:

Hausarzt

Name: Telefon:

Krankheiten

Leidet Ihr Kind unter chronischen Krankheiten oder unter Allergien (Asthma, Neurodermitis...)?
 Nein JA, welche?

Muss Ihr Kind Medikamente einnehmen?
 Nein JA, welche?

Dürfen Ihrem Kind im Notfall homöopathische Mittel verabreicht werden?
 Ja Nein Wenn NEIN, welche Mittel sonst?

Bemerkungen, Anliegen oder besondere Massnahmen:
.....
.....
.....

Wichtig: Ihre Informationen werden vertraulich behandelt! Im Krankheitsfall bitte genauere Informationen beilegen. Versicherung ist Sache der Teilnehmenden. Alle wichtigen Angaben zum Gesundheitszustand Ihres Kindes sind auf diesem Blatt vermerkt.

Datum:

Unterschrift der Eltern: