

# Notfall-Daten

Bitte in Druckschrift ausfüllen!

Name des Schülers/der Schülerin: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Name und Anschrift der Eltern / des Personenfürsorgeberechtigten:

\_\_\_\_\_

Erreichbarkeit im Notfall:

1. Name, Tel.Nr.: \_\_\_\_\_

2. Name, Tel.Nr.: \_\_\_\_\_

3. Name, Tel.Nr.: \_\_\_\_\_

4. Name, Tel.Nr.: \_\_\_\_\_

Hausarzt / Kinderarzt:

Name, Tel.Nr.: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Krankenkasse / Versicherungsnummer:

\_\_\_\_\_

Erkrankungen / Diagnosen:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Epilepsie:      Nein                          Ja   

Wenn ja, dann bitte Notverordnungsblatt ausfüllen

Medikamente:    Nein                          Ja   

Wenn ja, dann bitte Medikamentenblatt ausfüllen

Allergien / Unverträglichkeiten:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_