

Notfallformular

Schuljahr				
Klasse				

Nachname, Vorname: _____ geb. am: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Krankenkasse: _____

Hausarzt: _____

weitere behandelnde Ärzte: _____

Die Schülerin/Der Schüler

☐ ist gesund☐ leidet an☐ Allergien gegen _____☐ Krampfanfällen☐ Herzleiden☐ Asthma☐ ADS/ADHS☐

zutreffendes bitte ergänzen oder ankreuzen

☐ Im Notfall verständigen:

_____	_____
Name	Telefon

☐ ist regelmäßig bzw. im Akutfall auf folgende Medikamente angewiesen:

_____	_____
Bezeichnung des Medikaments	Aufbewahrungsort

☐ Ich/Wir habe/n auf der Rückseite Vorschläge für gesundheitliche Notfälle notiert.

_____ Schuljahr	_____ Datum	_____ Unterschrift d. Erziehungsberechtigten bzw. d. volljährigen Schüler/in
_____ Schuljahr	_____ Datum	_____ Unterschrift d. Erziehungsberechtigten bzw. d. volljährigen Schüler/in
_____ Schuljahr	_____ Datum	_____ Unterschrift d. Erziehungsberechtigten bzw. d. volljährigen Schüler/in
_____ Schuljahr	_____ Datum	_____ Unterschrift d. Erziehungsberechtigten bzw. d. volljährigen Schüler/in