



Notfallformular

Schuljahr				
Klasse				

Schüler/in: _____ 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

