

NOTFALLDATEN Schuljahr 2024/25



Bitte füllen Sie alle Felder **LESERLICH** und **VOLLSTÄNDIG** aus!

Wichtig: Alle Informationen werden vertraulich behandelt und sind nur für den Notfall gedacht.

Name des Kindes: _____	Sozialversicherungsnummer des Kindes: _____
Klasse: _____	Versicherung: _____
Wohnadresse: _____	

Wichtige Informationen:

Anfallskind
Notfallmedikamente und Dosierung

Allergien:

Rollstuhlkind Fahrtendienst

Medikamente, die **während des Schultages** eingenommen werden müssen:
(Name des Medikamentes, Dosierung, Uhrzeit der Einnahme)

Erziehungsberechtigt:

beide Elternteile Mutter Vater andere: _____

Mutter	Sozialversicherungsnummer nur eintragen, wenn das Kind mitversichert ist:
Nachname: _____	_____
Vorname: _____	
Arbeitsplatz der Mutter	Telefon/privat; Telefon/Arbeitsplatz:
Firma.: _____	_____
genaue Anschrift:	_____
Erreichbar in der Zeit von _____ bis _____	e-mail-Adresse: _____

Vater	Sozialversicherungsnummer nur eintragen, wenn das Kind mitversichert ist:
Nachname: _____	_____
Vorname: _____	
Arbeitsplatz des Vaters	Telefon/privat; Telefon/Arbeitsplatz:
Firma.: _____	_____
genaue Anschrift:	_____
Erreichbar in der Zeit von _____ bis _____	e-mail-Adresse: _____

Weitere Kontaktpersonen, die im Notfall verständigt werden sollen (Großeltern, Nachbar, Tante/Onkel,...):

Name und genaue Angaben (Tante, Nachbar, Oma, Opa,...)

Telefon

1.

2.

3.

Wichtige Informationen für den Notfall:

Bei meinem Kind bestehen folgende Allergien:

 keine

Im Notfall dürfen meinem Kind Kalium-Jodid-Tabletten verabreicht werden.

 ja nein

Datum der letzten Tetanus Impfung:

**Ich nehme zur Kenntnis, dass ich verpflichtet bin, Änderungen sofort zu melden.****Adressänderungen bitte immer SOFORT mit Beilage eines Meldezettels mitteilen.**

Datum:

Unterschrift: