



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