

Notfallblatt

Angaben zum Kind

Familienname _____ Vorname _____

Geschlecht _____ Geburtsdatum _____

Schulstandort _____

Eltern / Erziehungsberechtigte (Bevorzugte Kontaktperson im Notfall ist Kontaktperson 1)

Kontaktperson 1

Name _____

Vorname _____

Mobiltelefon _____

Telefon Privat _____

Telefon Geschäft _____

Kontaktperson 2

Name _____

Vorname _____

Mobiltelefon _____

Telefon Privat _____

Telefon Geschäft _____

Weitere Notfallkontakte

Beziehung zum Kind _____

Name _____

Vorname _____

Telefon _____

Beziehung zum Kind _____

Name _____

Vorname _____

Telefon _____

Medizinische Angaben

Keine besonderen medizinischen Angaben

Allergien _____

Chronische Erkrankungen _____

Regelmässige Medikamente _____

Notfallmedikamente _____

Weitere wichtige Hinweise _____

Ärztliche Betreuung

Kinderarzt / Kinderärztin, Ort, Telefon _____

Krankenkasse

Name Krankenkasse _____

Einverständniserklärung

Ich / Wir nehmen zur Kenntnis, dass im medizinischen Notfall eine notwendige Behandlung meines / unseres Kindes auch ohne vorgängige Zustimmung erfolgen kann.

Die Schule bemüht sich, im medizinischen Notfall die Eltern / Erziehungsberechtigten so rasch wie möglich zu kontaktieren. Ist dies aufgrund der Dringlichkeit nicht möglich, erfolgt die medizinische Versorgung umgehend.

Ich / Wir erklären uns einverstanden, dass im medizinischen Notfall relevante Informationen an medizinisches Fachpersonal weitergegeben werden dürfen.