

Schuljahr:			
Klasse			

NOTFALLFORMULAR

(freiwillige Angaben)

Schüler:in:			
Adresse:			
Telefonnummer:			
Ausbildungsbetrieb:			

Im Notfall verständigen:		Tel.Nr.:	
-----------------------------	--	----------	--

Hausarzt/ Hausärztin:		Tel.Nr.:	
-----------------------	--	----------	--

weitere behan- delnde Ärzt:innen:		Tel.Nr.:	
--------------------------------------	--	----------	--

Krankenkasse:		Tel.Nr.	
---------------	--	---------	--

Der/ die Schüler:in

ist gesund.

leidet an:

Allergien gegen _____

Krampfanfällen

Herzleiden

Asthma

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.

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte:r bzw. volljährige Schüler:in