

Schuljahr:			
Klasse			

## NOTFALLFORMULAR

(freiwillige Angaben)

Vor- und Nachname:	
Adresse:	
Telefonnummer:	
Ausbildungsbetrieb:	

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

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

weitere behandelnde Ärzte:		Tel.Nr.:	
----------------------------	--	----------	--

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

Der Schüler/die Schülerin

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 eines Erziehungsberechtigten bzw. volljährige Schüler/Schülerin