

Medizinisches Notfallblatt für SchülerInnen

Damit wir im Notfall richtig handeln können, bitten wir Sie um Angabe der nachstehenden Daten, welche wir selbstverständlich vertraulich behandeln.

SchülerIn: Name + Vorname/n			
Adresse und Wohnort:			
Geburtsdatum:			
Muttersprache:		Geschlecht:	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Geschwister: (Name + Geburtsdatum)			
Mutter: Name + Vorname / Beruf			
Vater: Name + Vorname / Beruf			
Erreichbarkeit während der Unterrichtszeit:	Mutter	Vater	Tageseltern, Grosseltern usw.
Mobiltelefon:			
Telefon Privat:			
Telefon Arbeit:			
E-Mail:			
Hausarzt: (Name, Adresse + Telefon)			
Krankenversicherung: (Name, Versichertenr.)			
Allergien: (Bienenstiche, Pollen, Lebensmittel + andere)			
Krankheiten:			
Braucht ihr Kind Medikamente ? Welche?			
Dürfen homöopathische Medikamente verabreicht werden?			
Bemerkungen, Anliegen: <input type="checkbox"/> weitere Bemerkungen auf Rückseite			

Bitte bestätigen Sie die Richtigkeit der Angaben hier mit Ihrer Unterschrift. Danke!

Schuljahr:	2020/21		
Klasse:			
Datum:			
Unterschrift:			