

Checkliste für medizinische Notfälle

Name, Vorname des Kindes: _____
Geburtsdatum: _____
Straße und Hausnr.: _____
PLZ/Wohnort: _____

Erziehungsberechtigte:

1. Name: _____
 - Tel. privat: _____
 - Tel. Mobil: _____
 - Geschäftlich: _____
2. Name: _____
 - Tel. privat: _____
 - Tel. Mobil: _____
 - Geschäftlich: _____

Besondere Erkrankungen des Kindes (z.B. Diabetes, Epilepsie usw.)

Allergien: _____

Name, Anschrift, Telefon des Haus/ Kinderarztes:

Falls die Eltern nicht erreichbar sind, soll im Notfall eine der folgenden Personen angerufen werden (bitte vollständigen Namen und Anschrift angeben):

1. _____
2. _____
3. _____