



Datenblatt für Notfälle

Name des Kindes: _____ geb. am: _____
Adresse: _____

Name der Eltern: _____
Adresse (falls nicht wie oben): _____

Telefonisch zu erreichen: Privat:
 Dienstlich:
 Handy:

Krankenversicherung:
Mitversichert bei: _____

Name des behandelnden Arztes:
Anschrift:
Tel.:

Impfungen: Tetanus: nein ja, , die letzte am:
 Sonstige: _____

Werden regelmäßig **Medikamente** eingenommen: nein ja
Welche? _____

Allergien:
Das darf mein Kind nicht essen: _____

Wichtig für **Notarzt** (evtl. ärztliches Dokument beilegen):

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Sorgeberechtigte/r