

Medizinisches Notfallblatt

Liebe Eltern und Erziehungsberechtigte Bitte füllen Sie in Blockschrift mit Kugelschreiber sorgfältig aus. Die Daten werden vertraulich behandelt und bei Ersatz des vorliegenden Notfallblatts oder Austritt aus der Schule vernichtet.

Name / Vorname des Kindes:			
Schulhaus, Klasse:		Geburtsdatum:	
Muttersprache:			
Adresse:			
Telefon privat:			
E-Mailadresse(n):			
Telefon / Natel während der Unterrichts- und Tagesschulzeit:	Mutter Natel:	Mutter Geschäft:	
	Vater Natel:	Vater Geschäft:	
	Erziehungsberechtigte (inkl. Natel):		
Sollten wir Sie nicht erreichen können, bitte eine weitere Kontaktperson angeben:			
Wird Ihr Kind an gewissen Tagen in der Tagesschule betreut?	<input type="checkbox"/> Nein. <input type="checkbox"/> Ja, an folgenden Wochentagen: <input type="checkbox"/> Montag <input type="checkbox"/> Dienstag <input type="checkbox"/> Mittwoch <input type="checkbox"/> Donnerstag <input type="checkbox"/> Freitag		
Wird Ihr Kind an gewissen Tagen in der Kita / im Tagi betreut?	<input type="checkbox"/> Nein. <input type="checkbox"/> Ja, an folgenden Wochentagen: <input type="checkbox"/> Montag <input type="checkbox"/> Dienstag <input type="checkbox"/> Mittwoch <input type="checkbox"/> Donnerstag <input type="checkbox"/> Freitag Name Kita / Tagi:		
Wird Ihr Kind an gewissen Tagen von einer Drittperson betreut?	<input type="checkbox"/> Nein. <input type="checkbox"/> Ja, an folgenden Wochentagen: <input type="checkbox"/> Montag <input type="checkbox"/> Dienstag <input type="checkbox"/> Mittwoch <input type="checkbox"/> Donnerstag <input type="checkbox"/> Freitag Telefon und Adresse der Drittperson:		
Ärzte:	Hausarzt (Name und Tel.):	Zahnarzt (Name und Tel.):	
Fluoren (Mehrmals im Jahr werden die Zähne mit einem Fluoridpräparat in der Schule gereinigt):	Sind Sie damit einverstanden? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Leidet Ihr Kind unter chronischen Krankheiten oder unter Allergien (Asthma, Neurodermitis...)?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche?		
Muss Ihr Kind Medikamente einnehmen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche?		
Dürfen Ihrem Kind im Notfall homöopathische Mittel verabreicht werden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn NEIN, welche Mittel sonst?		

