

Notfallblatt

Bitte vollständig ausfüllen.

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefon: Mutter P _____

Telefon: Vater P _____

Handy Mutter: _____ Handy Vater: _____

E-Mail Mutter: _____

E-Mail Vater: _____

Wird Ihr Kind an gewissen Tagen von Drittpersonen betreut? nein ja Kita Nemo Privat

Wann: _____

Name Drittperson: _____

Adresse (PLZ/Ort+Str.) Drittperson: _____

Tel./Handy Drittperson: _____

Notfall-Telefon: _____

Unfallversicherung: _____

Versicherten-Nummer: _____

Hausarzt: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Letzte Starrkrampf-Impfung : _____

Allergien/chronische Krankheiten: _____

Medikamente: _____

Ängste (Höhenangst, ...): _____

Besonderes: _____

Dürfen Ihrem Kind im Notfall homöopathische Mittel verabreicht werden? ja nein

Zahnarzt: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Datum: _____

Unterschrift der Eltern: _____