



## Informationen für Notfälle

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon zu Hause: \_\_\_\_\_

Tel. d. Vaters (im Dienst): \_\_\_\_\_ Tel. d. Mutter (im Dienst): \_\_\_\_\_

Kinderarzt (Name / Telefon): \_\_\_\_\_

Hausarzt (Name / Telefon): \_\_\_\_\_

Krankenversicherung: \_\_\_\_\_

Vers. Nr.: \_\_\_\_\_ Adresse: \_\_\_\_\_

Letzte Impfdaten: Tetanus: \_\_\_\_\_ Diphtherie: \_\_\_\_\_

Polio: \_\_\_\_\_ Masern: \_\_\_\_\_ FSME: \_\_\_\_\_

Sonstige: \_\_\_\_\_

Blutgruppe: \_\_\_\_\_ Rhesusfaktor: \_\_\_\_\_

Jetzige Erkrankungen und chronische Leiden (Epilepsie, Asthma, usw.): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Allergien (Medikamente, Insektenstiche, Heu, Nahrungsmittel, usw.): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ständig verabreichte Medikamente (Name, Indikation, wieviel, wie oft): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Besondere Vorkehrungen und sonstige Informationen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Schwimmkenntnisse (evtl. Abzeichen usw.): \_\_\_\_\_

### Jährliche Bestätigung und Änderungen:

Änderungen (ja/nein): \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Änderungen (ja/nein): \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Änderungen (ja/nein): \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_