

NOTFALLBLATT

Name		Vorname	
Adresse			
Telefonnummer		Geburtsdatum	
Krankenkasse		Versichertennummer	
Versichert mit		Religion	

Eltern / gesetzl. Betreuer	
Adresse	
Telefonnummer	

Tetanus-Impfung	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Diabetes mellitus	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Insulinpflichtig	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Stoffwechselerkrankung	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Hämophilie (Bluter)	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Anfallsleiden	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>

Klassenleitung	
Telefonnummer	

Allergien / Unverträglichkeiten	
Art der Anfälle	

Hausarzt	
Telefonnummer	

Behinderung	
Diagnostische Informationen	
Medikamente (ggf. Beiblatt)	

Sind Sie mit einer Erstversorgung von Bagatellverletzungen (Schürfwunden, kleine Schnittverletzungen, Splitter, etc.) inklusive Wunddesinfektion (mit Octenisept-Spray – Wirkstoff: Octenidinhydrochlorid und Phenoxyethanol) und Anlegen eines Verbandes, ausgeführt von dem anwesenden Personal, einverstanden?

Ja Nein

Datum

Unterschrift