

NOTFALLFORMULAR

(freiwillige Angaben)

Schüler/Schülerin:	
Adresse:	
Telefonnummer:	
Ausbildungsbetrieb:	

Im Notfall verständigen:		Tel.Nr.:	
--------------------------	--	----------	--

Hausarzt:		Tel.Nr.:	
weitere behandelnde Ärzte:		Tel.Nr.:	
Krankenkasse:		Tel.Nr.:	

Die Schülerin/Der Schüler

ist gesund.

leidet an:

- Allergien gegen _____
- Krampfanfällen
- Herzleiden
- Asthma
- _____
- _____

ist regelmäßig bzw. im Akutfall auf folgende Medikamente angewiesen:

Bezeichnung des Medikaments

Aufbewahrungsort

Ich/Wir habe/n auf der Rückseite Vorschläge für gesundheitliche Notfälle notiert.

Ort, Datum

Unterschrift des/r Erziehungsberechtigten bzw. volljährigen Schülers/in