



# Notfallblatt

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum -, ort \_\_\_\_\_

Strasse / Hausnummer \_\_\_\_\_

Wohnort \_\_\_\_\_

Telefon / Handy \_\_\_\_\_

Arbeitsplatz des Vaters \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

Arbeitsplatz der Mutter \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

Kinderarzt  
\_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_

Sonstige wichtige Telefonnummern, unter denen die Eltern oder andere Bezugspersonen zu erreichen sind

\_\_\_\_\_

Allergien \_\_\_\_\_

Medikamente \_\_\_\_\_

Impfungen \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_