# Informationen für den Notfall

**Sehbehinderten- und Blindenzentrum e.V.**
**Pater-Setzer-Platz 1 85716 Unterschleißheim**

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

## 1. Schüler

| Familienname, Rufname | Geburtsdatum | |
|---|---|---|
| | | |

## 2. Besondere Gefahren

| Angaben zum Schüler, die seine Betreuer (Lehrer/ Erzieher/Ärzte) unbedingt berücksichtigen müssen, da sie Gefahr für Leib und Leben bedeuten. (besondere Allergien, Netzhautablösung, etc.) | **!!! Achtung – unbedingt beachten !!!** |
|---|---|
| | |

## 3. Krankenkasse

| Name der Krankenkasse | Name des Hauptversicherten | Geburtsdatum des Hauptversicherten |
|---|---|---|
| | | |
| Arbeitgeber des Hauptversicherten | | Die Versicherungskarte ist<br>☐ beim Schüler ☐ in der Gruppe |
| | | |

## 4. Verständigung der Sorgeberechtigten

Zu welchen Zeiten sind die Sorgeberechtigten telefonisch erreichbar?

| Name | Uhrzeit/Tageszeit | Telefonnr. |
|---|---|---|
| Name | Uhrzeit/Tageszeit | Telefonnr. |
| Name | Uhrzeit/Tageszeit | Telefonnr. |
| Name | Uhrzeit/Tageszeit | Telefonnr. |

Im Falle, dass wir nicht erreichbar sind bzw. nicht schnell genug vor Ort sein können, erteilen wir als Sorgeberechtigte der Einrichtung die Erlaubnis

- unsere Tochter / unseren Sohn zu einem Arzt zu bringen, falls das notwendig ist, ☐ Ja ☐ Nein
- unsere Tochter / unseren Sohn in ein Krankenhaus einweisen zu lassen, ☐ Ja ☐ Nein
- einer ärztlicherseits angeratenen sofortigen Operation zuzustimmen, sofern Gefahr für Leib und Leben besteht. ☐ Ja ☐ Nein

..... .....
(Ort, Datum) (Unterschrift der Sorgeberechtigten)

## 4. Ärztliche Behandlung

| | | |
|---|---|---|
| Die Schülerin / der Schüler ist frei von ansteckenden Krankheiten (ärztliches Attest) | ☐ Ja | ☐ Nein |
| Für Schülerin / den Schüler ist eine Medikamentenvergabe notwendig (siehe Beiblatt „Anordnung zur Medikamentenvergabe“) | ☐ Ja | ☐ Nein |
| Es liegen chronische Erkrankungen vor | ☐ Ja | ☐ Nein |

| Weswegen steht die Schülerin / der Schüler in ärztlicher Behandlung? ☐ keine | Anschrift des Arztes |
|---|---|
| | |

Die Angaben sind vollständig und dürfen gegebenenfalls an den behandelnden Arzt weitergegeben werden. Ein ärztliches Attest wird unaufgefordert eingereicht, falls sich wesentliche Änderungen ergeben.

…… ……
(Ort) (Datum)

…… ……
(Unterschrift des/der Sorgeberechtigten) (Lehrer/in bzw. Betreuer/in)