

+ Informationen für den Notfall

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen.

1. Schüler/in

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

2. Besondere Gefahren

Angaben zum/zur Schüler/in, die seine Betreuer/innen (Lehrkräfte/ 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 der/des Hauptversicherten	Geburtsdatum der/des Hauptversicherten
Arbeitgeber der/des Hauptversicherten		Die Versicherungskarte ist <input type="checkbox"/> beim Schüler <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Für Schülerin / den Schüler ist eine Medikamentenvergabe notwendig (siehe Beiblatt „Anordnung zur Medikamentenvergabe“)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Es liegen chronische Erkrankungen vor	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Weswegen steht die Schülerin / der Schüler in ärztlicher Behandlung? <input type="checkbox"/> 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)		
..... (Ort, Datum) (Unterschrift der/des Lehrer/in bzw. Betreuer/in)		