



NOTFALLFORMULAR

(freiwillige Angaben)

Schüler/Schülerin:	
Adresse:	
Telefonnummer:	
Ausbildungsbetrieb:	

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

Hausarzt:		Tel.Nr.:	
-----------	--	----------	--

weitere behan- delnde 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