

SchülerNotfallAusweis

Name: _____ Vorname: _____

Geb.Datum: _____

Wohnort: _____ Straße: _____

Krankerversicherung: _____ über: _____

Bei Unfall bitte benachrichtigen:

Name: _____ Telefon: _____

Name: _____ Telefon: _____

Name: _____ Telefon: _____

Haus-/Ki-Arzt: _____ Telefon: _____

letzte Tetanusimpfung: _____

Besondere Anfälligkeiten/chronische Erkrankungen:

Chronische Leiden ja nein

Welche _____

Dialysebehandlungen ja nein

Bluter (Hämophilie) ja nein

Glaukom ja nein

Asthma ja nein

Diabetes ja nein

Krämpfe/Nervenleiden ja nein

Herz-/Kreislauf-
Erkrankungen ja nein

Welche _____

Allergien ja nein

Welche _____

andere Risikofaktoren: _____

Medikamentöse Langzeitbehandlung:

| Präparat | Dosis | Seit (Datum) |
|----------|-------|--------------|
| | | |
| | | |
| | | |

Bemerkungen / Sonstiges :

Erhebungsdatum: 1.Klasse _____ 3.Klasse _____
2.Klasse _____ 4.Klasse _____