

# 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 \_\_\_\_\_