

Notfallblatt der Schule Fischenthal

Mit dem Ausfüllen des Formulars ermöglichen Sie den Lehrpersonen der Schule Fischenthal beim Eintreten eines Notfalls während der Schulzeit schneller, effizienter und damit auch in Ihrem Sinne handeln zu können. Besten Dank.

Personalien und Adresse des Kindes

Name: _____

Vorname: _____

Strasse: _____

PLZ/Ort: _____

Geburtsdatum: _____

Klasse/Lehrperson: _____

Gesundheitsangaben

Um beim Eintreten eines Notfalls richtig reagieren zu können, ist es von grösster Bedeutung, dass nachfolgender Teil möglichst wahrheitsgetreu ausgefüllt wird. Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Krankheiten/Allergien: _____

Regelmässig einzunehmende Medikamente: _____

Häufigkeit und Dosierung der Einnahme: _____

Datum der letzten Starrkrampfpimpfung: _____

Ergänzende Bemerkungen: _____

Angaben zur Versicherung und zur Hausarztpraxis

Bitte geben Sie jeweils Name und Telefonnummer an.

Krankenkasse: _____

Unfallversicherung: _____

Hausarztpraxis: _____

Personen, die im Notfall erreichbar sind:

Name: _____

Vorname: _____

Telefon: _____

Mobile: _____

E-Mail: _____

Rolle: _____

Name: _____

Vorname: _____

Telefon: _____

Mobile: _____

E-Mail: _____

Rolle: _____