+++ Polizei 110 +++ Notruf/Feuerwehr 112 +++ Giftnotruf 0228/19240 +++

Name: …………………………………………………

Vorname:……………………………….. **Platz für Foto**

Geb.:………………………………………

Straße, Hausnr.:……………………………………………………………………………………………….

PLZ, Ort…………………………………………………………………………………………………………….

Bei Unfall/ plötzlicher Erkrankung bitte benachrichtigen:

Name, Vorname: Name, Vorname:

Telefon: Telefon:

Geschäftlich: Geschäftlich:

Mobil: Mobil:

Mail: Mail:

Hausarzt: Telefon:

Besondere Anfälligkeiten/ chronische Erkrankungen: Ja Nein

Asthma Ja Nein

Diabetes Ja Nein

Epilepsie Ja Nein

Herz-Kreislauf-Erkrankungen Ja Nein

Sonstige:…………………………………………………………………………………………………………………………………

Allergien:...................................................................................................................................................

Operationen, andere Risikofaktoren:…………………………………………………………………………………………

Medikamentöse Langzeitbehandlung:

…………………………………………………………………………… ………………………………………………..…………………….

…………………………………………………………………………… ………………………………………………..…………………….

letzteTetanus-Schutzimpfung: ……………………………………………………………………………………………………..

Blutgruppe und Rh-Faktor (werden im Notfall neu bestimmt):

Datum und Unterschrift der/s Erziehungsberechtigten