

NOTFALLADRESSEN

Daten des Kindes	
Nachname:	Vorname: Klasse
Soz.Vers.Nr: _ _ _ _ _	Krankenkasse:
Kind ist mitversichert bei: Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> andere <input type="checkbox"/>	
Wohnadresse:	
Obsorgeberechtigt: beide Elternteile <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> andere <input type="checkbox"/>	
Daten d. Obsorgeberechtigten Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/>	
Nachname:	Vorname:
Soz.Vers.Nr: _ _ _ _ _	Krankenkasse:
Privat telefonisch erreichbar unter Tel.Nr.:	
E-Mail:	
Beschäftigt bei: Anschrift:	
Tel.Nr. Arbeitsplatz:, erreichbar von bis Uhr	
Daten d. Obsorgeberechtigten Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/>	
Nachname:	Vorname:
Soz.Vers.Nr: _ _ _ _ _	Krankenkasse:
Privat telefonisch erreichbar unter Tel.Nr.:	
E-Mail:	
Beschäftigt bei: Anschrift:	
Tel.Nr. Arbeitsplatz:, erreichbar von bis Uhr	
Weitere abholberechtigte Personen, die im Notfall verständigt werden können Bitte genaue Angabe, z.B. Großeltern, Tante, Nachbarin, Freundin, etc.!	
Name:	Tel.Nr.:
Name:	Tel.Nr.:
Name:	Tel.Nr.:
Wichtige Informationen	
Allergien, chron. Erkrankungen, etc.:	Letzte Tetanusimpfung am:
Masern Impfung: JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> Datum 1. Impfung: Datum 2. Impfung:	
Ei nverstanden mit der Abgabe von Kaliumjodid-Tabletten: JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>	

Ich nehme zur Kenntnis, dass ich verpflichtet bin, Änderungen sofort zu melden

_____ Datum

_____ Unterschrift