

Notfallblatt

Kind

Name/Vorname _____

Geburtsdatum _____

AHV Nummer: _____

Eltern/Erziehungsberechtigte

Name/Vorname _____

Notfall Tel. (bitte 2 Nummern angeben) _____

Hausarzt mit Tel. _____

Ist Ihr Kind regelmässig auf Medikamente angewiesen? ja nein

Wenn ja, auf welche?

Ist Ihr Kind allergisch auf ein Medikament oder Nahrungsmittel? ja nein

Wenn ja, auf welches oder welche?

Dürfen wir Ihrem Kind im Akutfall ein schmerz/- oder fiebersenkendes Medikament verabreichen?
(z.B. gegen starke Kopf- od. Zahnschmerzen) ja nein

Dürfen wir Ihrem Kind im Akutfall Bachblütentropfen - Rescue Tropfen / Salbe verabreichen?
 ja nein

Wurden bei ihrem Kind die Masern von einem Arzt diagnostiziert? ja nein
(wenn ja, bitte ärztliche Bescheinigung beilegen)

Wurde ihr Kind gegen Masern geimpft (Impfschutz erst nach 2-facher Impfung)? ja nein
(bitte Kopie des Impfausweises mitgeben)

Ort, Datum

Unterschrift Eltern/Erziehungsberechtigte

➔ Bitte Kopie des Impfausweises beilegen.