

Gesundheits- und Notfallformular

Angaben zum Kind

Name, Geburtsdatum

Erziehungsberechtigte

Name

Telefonnummer

Name

Telefonnummer

Gesundheitliche Hinweise

Allergien

relevante Erkrankungen

regelmäßig einzunehmende Medikamente

Besonderheiten, die im Alltag zu beachten sind

Behandelnde Ärzt:innen

Name / Praxis (optional)

Ich willige ein, dass die oben genannten Daten im Notfall an Rettungsdienst oder behandelnde Ärzt:innen weitergegeben werden dürfen.

Ich versichere, dass die oben genannten Angaben vollständig und korrekt sind und verpflichte mich, Änderungen unverzüglich mitzuteilen.

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte:r