

Abfrage zu den allgemeinen Daten für die Notfall- Liste

Name des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____

Angaben der Eltern / Sorgeberechtigten:

Wir sind unter folgender Adresse / unter folgenden Telefonnummern zu erreichen:

Name der Eltern: _____

Adresse: _____

Telefon privat: _____

Notfallnummer: mobil: _____ geschäftlich: _____

mobil: _____ geschäftlich: _____

Krankenversicherung / Krankheiten:

Unser Kind ist bei folgender Krankenkasse versichert: _____

Hauptversicherter: _____

Datum der letzten Tetanusimpfung: _____

Mein Kind muss folgende Medikamente regelmäßig einnehmen (bitte auch den Zeitpunkt und die Häufigkeit angeben):

Mein Kind leidet unter folgenden Allergien:

Anmerkungen:

Langen, den _____

Unterschrift der Eltern