



Notfallpass

Diese Angaben dienen lediglich zur Information des Arztes / der Klinik im hoffentlich nie eintretenden Falle einer akuten Erkrankung oder Verletzung Ihres Kindes. Wir bitten daher im Sinne Ihres Kindes um Vollständigkeit. Alle Angaben werden vertraulich behandelt und in der Einrichtung unter Verschluss gehalten.

Angaben zum Kind

.....
Nachname des Kindes Vorname des Kindes Geburtsdatum

.....
Wohnort des Kindes (Straße, PLZ, Ort)

.....
Kinderarzt (Name, PLZ, Ort) Telefon Kinderarzt

.....
Krankenversicherung Versicherungs-Nr. Versicherter, Geburtsdatum

Mein Kind ist gesund und nimmt **keine** Medikamente regelmäßig ein.

Es bestehen folgende Erkrankungen:

.....
.....

Mein Kind nimmt regelmäßig folgende Medikamente ein (Name, genaue Dosierung):

.....
.....

Im Notfall sollen informiert werden (Name und Telefonnummer, möglichst auch Handy):

.....
.....

.....
Ort, Datum Unterschrift aller Erziehungsberechtigten