

NOTFALLBLATT

Teilnehmer/in

Name: _____

Adresse: _____ Geburtsdatum: _____

Eltern

Ferienadresse des gesetzlichen Vertreters während des Lagers:

Tel.: _____

Arzt / Ärztin

Name: _____
Adresse: _____
Tel.: _____

keine Beschwerden

Bettnässer

Gesundheitszustand

Allergien:	Medikamente:	Verwaltung durch Leiter?	Dosis:
<input type="checkbox"/> Heuschnupfen: _____		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____
<input type="checkbox"/> Insektenstiche: _____		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____
<input type="checkbox"/> Asthma: _____		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____
<input type="checkbox"/> Lebensmittel: _____		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____
<input type="checkbox"/> Medikament: _____		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____
<input type="checkbox"/> Andere: _____		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____

Sonstige Medikamente:

_____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____
_____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____
_____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____

Besonderes/Bemerkungen:

Ohne Kopie des **Impfausweises** und der **Versicherungskarte** ist das Notfallblatt **unvollständig!**

Ort, Datum, Unterschrift einer erziehungsberechtigten Person
