V. Notfallausweis

Kind (Vorname, Nachname)_____

Mutter (Vorname, Nachname)_____

Vater Vorname, Nachname)_____

Geburtsdatum_____

Anschrift_____

Telefon privat_____

Telefon mobil_____

Telefon Arbeit_____

Kinderarzt/-ärztin_____

Telefon Kinderarzt/-ärztin_____

Hausarzt/-ärztin_____Tel. _____

Krankenkasse_____

Versicherungsnummer_____

Telefon Krankenkasse_____

Letzte Tetanusimpfung_____

Allergien_____

Überstandene Kinderkrankheiten_____

_____

Weitere Notfallnummer (Großeltern, Nachbarn o.ä.)_____

_____

Besondere Bemerkungen_____

_____

Einwilligung Zahnarzt/-ärztin_____

Falls ich/wir beim Abholen verhindert sind, kann mein Kind von folgenden Personen abgeholt/mitgenommen werden (Namen mit Telefonnummern):_____

_____

_____

_____

Ort/Datum Unterschrift 1. und 2. Sorgeberechtigte*r