

**Notfallplan (vertraulich)**

**Name, Vorname, Geburtsdatum des Schülers / der Schülerin:**

**­­­­­­­­­­**Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**1. Einwilligung zur Gabe von Notfallmedikamenten**



Hiermit genehmige/n ich/wir den

**(Bitte ankreuzen)**

* Lehr-, Aufsichtskräften
* Schulsanitäter/-innen
* Mitarbeiterinnen des Sekretariats

beim Auftreten der im Notfallplan genannten Symptome die

gemäß Notfallplan entsprechenden Notfallmedikamente zu

verabreichen.

**2. Art/en der Erkrankung/en bzw. Unverträglichkeit/en**

**(Bitte ankreuzen)**

* Allergische Reaktionen (Anaphylaxie)
* Diabetes mellitus
* Krampfanfälle
* Sonstiges Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**3. Vorgehen im Notfall**

Auslöser/Ausnahmen:

Symptome/Unterteilung in Stufen:

Maßnahmen/Erklärung der Anwendung von Notfallmedikamenten:

**4. Notfallkontakte**

Folgende Personen sind im Notfall zu kontaktieren:

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Telefonnummer, Name, Beziehung zum Schüler / zur Schülerin

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Telefonnummer, Name, Beziehung zum Schüler / zur Schülerin

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Telefonnummer, Name, Beziehung zum Schüler / zur Schülerin

**5. Sonstige Anmerkungen**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten