



**Für den Notfall (vertraulich)**

**Schüler/in**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geb. Datum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Gesetzlicher Vertreter .....  
Name, Vorname

.....  
Adresse (wenn abweichend vom Schüler/Schülerin)

Gesetzlicher Vertreter .....  
Name, Vorname

.....  
Adresse (wenn abweichend vom Schüler/Schülerin)

**Angaben für den Notfall**

Kinder- / **Hausarzt** \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_ in: \_\_\_\_\_

**Krankenkasse** des Hauptversicherten: \_\_\_\_\_ in: \_\_\_\_\_

pflicht-       freiwillig-       familien-       privat-versichert

In einem Notfall sind die Erziehungsberechtigten unter folgenden **Telefonnummern** zu erreichen (privat, dienstlich, Handy, ggf. auch Verwandte und Nachbarn):

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer, Name

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer, Name

Es bestehen bei der/dem o. g. Schüler/in schwerwiegende Erkrankungen (z. B. Anfallsleiden, Diabetes mellitus, Asthma bronchiale, Herzfehler, bedrohliche Allergien (ggf. wogegen), psychische Erkrankungen)

nein       ja

Sollte die Gefahr akuter Zwischenfälle (z. B. Diabetes mellitus, Asthma, Krampfanfall) bestehen, geben Sie bitte an, welche **Maßnahmen** die Schule ggf. ergreifen soll.

Datum der letzten Tetanus-Impfung: \_\_\_\_\_

Ich/wir bin/sind damit einverstanden, dass diese Angaben im Notfall dem Arzt mitgeteilt werden.

Ich/wir versichere/versichern, dass die Angaben zum Gesundheitszustand meines/unsere Kindes wahrheitsgemäß und vollständig sind. Ich/wir Sorge/sorgen für notwendige Aktualisierung der Angaben.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Erziehungsberechtigten