

NOTFALLDATEN Schuljahr _____



Familienname, Vorname

Geburtsdatum

Straße/Gasse, Nr.

Postleitzahl/Ort

VERSICHERUNGSDATEN DES SCHÜLERS / DER SCHÜLERIN:

Versicherungsnummer

Krankenkasse

VERSICHERUNGSDATEN DES / DER HAUPTVERSICHERTEN:

Familienname, Vorname

Versicherungsnummer

Krankenkasse

beschäftigt bei (Dienstgeber/Ort)

besteht eine Zusatzversicherung? JA NEIN

ANGABEN ÜBER DEN SCHÜLER / DIE SCHÜLERIN:

Letzte Tetanus-Impfung

Letzte Zeckenimpfung

Etwaige Allergien

IM NOTFALL TELEFONISCH ZU BENACHRICHTIGEN:

Name

Telefonnummer

Name

Telefonnummer

Im Notfall (Lebensgefahr, wie z.B. akuter Blinddarm, Unfall, etc.) bin ich mit einer sofortigen Operation einverstanden.

Ort/Datum

Unterschrift / Erziehungsberechtigte(r)