



## NOTFALLBLATT

### TeilnehmerIn

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_ Jungschiname: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Geb. Datum: \_\_\_\_\_

### Eltern

Name: \_\_\_\_\_ Vorname/n: \_\_\_\_\_  
Ev. Ferienadresse: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_ Natel: \_\_\_\_\_

### Versicherung

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

### Hausarzt

Name: \_\_\_\_\_ Adresse: \_\_\_\_\_

### Gesundheitszustand:

- keine Beschwerden  
 kürzliche Krankheit: \_\_\_\_\_ Behandlung abgeschlossen: Ja  Nein

Allergien:  Heuschnuppen  
 Bienen-/Wespenstiche  
 Asthma bei / nach:  
 Lebensmittel(Produkt):  
 Medikamente(Wirkstoff):

Medikamente: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Kinderkrankheiten	gehabt	geimpft
Keuchhusten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mumps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Scharlach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Masern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Röteln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wilde Blattern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zecken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Bemerkungen

---

---

### Impfausweiskopie beilegen!

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift des gesetzlichen Vertreters: \_\_\_\_\_