

# Notfallblatt

## Teilnehmer

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: \_\_\_\_\_ Medikament: \_\_\_\_\_  
 Heuschnuppen \_\_\_\_\_  
 Bienen-/Wespenstiche \_\_\_\_\_  
 Asthma bei / nach: \_\_\_\_\_  
 Lebensmittel(Produkt): \_\_\_\_\_  
 Medikamente(Wirkstoff): \_\_\_\_\_

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"/>

## Bemerkungen

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

## Impfausweiskopie beilegen!

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