



Notfallformular

- Name, Vorname: _____
- Geboren am: _____
- Krankenversicherung: _____
- Krankenversicherungsnummer: _____
- Schuljahr, Klasse: _____

Diagnose Epilepsie

Anzeichen: _____

1. Hilfe Maßnahmen / Medikamente: _____

Absprachen zwischen Eltern und Schule: _____

Notruf / Telefonnummern: _____



Notfallformular

- Name, Vorname: _____
- Geboren am: _____
- Krankenversicherung: _____
- Krankenversicherungsnummer: _____
- Schuljahr, Klasse: _____

Diagnose Allergie

Anzeichen: _____

■ **1. Hilfe Maßnahmen / Medikamente:** _____

Absprachen zwischen Eltern und Schule: _____

Notruf / Telefonnummern: _____



Notfallformular

■ Name, Vorname: _____

Geboren am: _____

Krankenversicherung: _____

Krankenversicherungsnummer: _____

Schuljahr, Klasse: _____

Diagnose



Anzeichen: _____

■ **1. Hilfe Maßnahmen / Medikamente:** _____

Absprachen zwischen Eltern und Schule: _____

Notruf / Telefonnummern: _____

Unterschrift Eltern

Unterschrift Schule



Notfallformular

- Name, Vorname: _____
- Geboren am: _____
- Krankenversicherung: _____
- Krankenversicherungsnummer: _____
- Schuljahr, Klasse: _____

Diagnose **Diabetes**

Anzeichen: _____

■ **1. Hilfe Maßnahmen / Medikamente:** _____

Absprachen zwischen Eltern und Schule: _____

Notruf / Telefonnummern: _____
