

Notfallblatt

Ihre Angaben werden vertraulich behandelt

Vorname und Name des Kindes _____

Adresse, PLZ, Ort _____

Telefon _____ Geburtsdatum _____

Wo sind die Eltern während der Schulzeit erreichbar

	Tel. Geschäft	Handy	E-Mail
Vater	_____	_____	_____

Mutter	_____	_____	_____
--------	-------	-------	-------

Name Eltern _____

Kontaktperson bei Unerreichbarkeit der Eltern (inkl. Tel. Nr.) _____

Krankenversicherung mit Ort des Hauptsitzes _____

Hausarzt _____

Adresse, Ort _____

Tel-Nr. Hausarzt _____

Sind Allergien bekannt?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche Allergie/n _____

Was ist bei Auftreten der Allergie/n zu tun? _____

Leidet ihr Kind an einer Krankheit?

(z. B. Asthma), die Konsequenzen für den Schulalltag haben könnte? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche? _____

Welche Medikamente braucht ihr Kind? _____

Sind weitere Massnahmen nötig? _____

Unterschrift Eltern _____

Erstversorgung aus der Schulapotheke

Unserer Schulapotheke ist nach den gesetzlichen Grundlagen zusammengestellt und wird nach der Beratung in regionalen Apotheken regelmässig aktualisiert

Wundpflege

- 1 Box mit diversen Pflasterli
- 1 Schere
- 7 elastische Binden
- 3 Kleberollen für Verbände
- 1 Packung Wundauflagen
- 1 Packung Wundreinigungstücher
- 1 Packung blutstillende Watte
- 1 Wundspray / Desinfektionsspray
- Gazetupfer steril
- Gazekompressen
- 2 Dreiecktücher
- 3 Packungen Taschentücher

Erste Hilfe allgemein

- 1 SOS Dentobox
- 1 Fieberthermometer
- 1 Pinzette
- 1 Zeckenpinzette
- 1 Taschenmesser klein
- 1 Einweg-Handschuhe
- 1 Beatmungshilfe
- 1 Schiene Sam Splint

☐ Wir geben unser Einverständnis, dass die Erstversorgung unser/er Kind/er damit stattfindet.

Unterschrift Eltern: _____