

## Notfallfragebogen

### Angabe zum Kind

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Geb. Datum: \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_ Krankenversicherung: \_\_\_\_\_

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

Im Notfall zu erreichen unter: \_\_\_\_\_  
(Mutter/Vater/Eltern etc.)

Telefonnummer + Name Kinderarzt : \_\_\_\_\_

Impfungen: \_\_\_\_\_

Allergien?  Nein  Ja, welche? \_\_\_\_\_

Welche Kinderkrankheiten hatte Ihr Kind schon? \_\_\_\_\_

Leidet Ihr Kind unter chronischen Krankheiten, wie z. B. Asthma, Epilepsie ...?  
 Nein  Ja, welche? \_\_\_\_\_

Muss Ihr Kind regelmäßig Medikamente einnehmen oder bei sich führen, wie z. B. Asthma Spray?  
 Nein  Ja, welche? \_\_\_\_\_

Letzte Tetanusimpfung am: \_\_\_\_\_

### Bemerkungen:

---

Hiermit genehmige ich der betreffenden Lehrkraft, Zecken und Splitter unter hygienischen Bedingungen zu entfernen und gegebenenfalls die Gabe von Betaisadona Salbe zur Wundversorgung bei meinem Kind anzuwenden.

Korschenbroich, den \_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift Erziehungsberechtigter)

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner o. g. Angaben und verpflichte mich Änderungen unverzüglich/schnellstmöglich der Schule schriftlich mitzuteilen.

Korschenbroich, den \_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift Erziehungsberechtigter)

## Medikamentenverabreichung

**Mein Kind:** \_\_\_\_\_

**geb. am:** \_\_\_\_\_

Folgende Medikamente müssen zu den genannten Tageszeiten eingenommen werden:

	1. _____ <i>Name des Medikaments</i>	2. _____ <i>Name des Medikaments</i>	3. _____ <i>Name des Medikaments</i>
Morgens	Uhrzeit: _____ Dosierung: _____	Uhrzeit: _____ Dosierung: _____	Uhrzeit: _____ Dosierung: _____
Mittags	Uhrzeit: _____ Dosierung: _____	Uhrzeit: _____ Dosierung: _____	Uhrzeit: _____ Dosierung: _____
<b>Bemerkung/ Dauer der Einnahme</b>			

**Telefonnummer/Name des Arztes/der Ärztin:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift und Stempel des Arztes/der Ärztin)

## Ermächtigung der Eltern/der Sorgeberechtigten

Hiermit ermächtige ich die betreffende Lehrkraft der Städtischen Gemeinschaftsgrundschule Glehn meinem Kind die o.g. Medikamente zu den angegebenen Zeiten zu verabreichen bzw. es bei der Einnahme zu unterstützen.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift Erziehungsberechtigter)