

# Notfallblatt (gültig ab ..... / für das Schuljahr 20...../.....)

.....  
 Name, Vorname der Schülerin/ des Schülers .....  
 Klasse

**Erkrankung** (genaue Bezeichnung) / **Allergie** gegen:

.....  
 .....  
 .....  
 .....

**Bitte im Notfall verständigen:**

1. Name ..... Telefon .....
2. Name ..... Telefon .....
3. Name ..... Telefon .....

Bitte bei folgenden Symptomen sofort den **Notarzt** rufen:

.....

**Medikamente:**

- Der/die Schüler/in hat einen Allergiepass (Kopie beilegen)
- Der/die Schüler/in hat unten aufgeführte Notfallmedikamente dabei:
- Unten aufgeführte Notfallmedikamente sind im Krankenzimmer deponiert:

Namen der Medikamente / genaue Dosierung:

.....  
 .....

Da mein Kind chronisch / akut erkrankt ist (Nichtzutreffendes bitte streichen), verfüge ich hiermit, dass die Lehrkräfte bzw. die Sekretärin das o. g. Medikament in genannter Dosierung verabreichen dürfen.

Gleichzeitig entbinde ich die entsprechenden Personen von jeglicher Haftung.

.....  
 Datum .....  
 Unterschrift Erziehungsberechtigte/r