

# Medizinischer Notfallbogen für Lager und Fahrten

Vorname : \_\_\_\_\_

Name : \_\_\_\_\_

Geburtsdatum : \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

Straße, Nr. : \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort : \_\_\_\_\_

Letzte Impfung gegen **Wundstarrkrampf/Tetanus** am: \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

Versichert bei der **Krankenkasse**: \_\_\_\_\_ **Versichertennr.**: \_\_\_\_\_

Mein/e Sohn/Tochter hat folgende **Krankheiten** und **Unverträglichkeiten**:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Mein (e) Tochter / Sohn muss regelmäßig folgende **Medikamente** einnehmen:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Die **gesetzlichen Vertreter** (Eltern) sind unter folgender Telefonnummer erreichbar:

Privat: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Dienstlich: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Privat: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Dienstlich: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

sonstige Telefonnummern: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift eines gesetzlichen Vertreters

Mein/e Sohn/Tochter darf im Notfall, ohne Beisein eines Arztes, ein Schmerzmittel (z.B. gegen starke Kopfschmerzen, Zahnschmerzen, etc.) aus der Fahrtenapotheke, entsprechend der Anweisung auf dem Beipackzettel, einnehmen. Medikamentenunverträglichkeiten wurden oben gelistet.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
2. Unterschrift eines gesetzlichen Vertreters