

## Notfallbogen

Um bei „Notfällen“ schnell reagieren zu können, bitten wir Sie dieses Blatt vollständig (Vorder- und Rückseite) in **Druckbuchstaben** auszufüllen.

Klasse \_\_\_\_\_ im Schuljahr 2023/2024

Vor- und Zuname Ihres Kindes \_\_\_\_\_

### **Mutter**

---

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

Straße \_\_\_\_\_

PLZ und Ort \_\_\_\_\_

Festnetz/dienstlich \_\_\_\_\_

Mobil \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

### **Vater**

---

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

Straße \_\_\_\_\_

PLZ und Ort \_\_\_\_\_

Festnetz/dienstlich \_\_\_\_\_

Mobil \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

### **Im Notfall können weitere Personen benachrichtigt werden**

---

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

Verhältnis \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Ich / Wir sind damit einverstanden, dass Schulpost/Elternbriefe per Email / **Sdui** geschickt werden.  ja  nein

Ich / Wir sind bei **Sdui** angemeldet  ja  nein

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
1. Unterschrift gesetzlicher Vertreter 2. Unterschrift gesetzlicher Vertreter

**2. Seite beantworten!!**

**Bitte wenden**

## Ärztliche Versorgung im Notfall

Hiermit geben wir die Erlaubnis, in einem Notfall mit unserem

Kind: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ u. Ort \_\_\_\_\_

Klasse \_\_\_\_\_

Den nächstgelegenen Arzt bzw. den Krankenwagen/Notarzt zur Behandlung zu informieren.

### Es bestehen besondere Erkrankungen / Allergien etc.

---

---

---

---

### Der derzeitige Kinderarzt unseres Kindes ist:

\_\_\_\_\_  
Name des Arztes

\_\_\_\_\_  
Adresse des Arztes

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer des Arztes

Die derzeitige Krankenkasse

ist: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der gesetzlichen Vertreter

**Dieses Formular ist bitte in DRUCKBUCHSTABEN auszufüllen!**