



Notfallblatt

Name / Vorname: _____

Klasse: _____

Darauf ist besonders zu achten:

(Medikamente, Allergien, Heimweh, Anfälligkeiten, Beschwerden,...)

Kontaktadresse: _____

Tel. _____ / _____

Handy _____ / _____

Hausarzt /Adresse _____

Unfallvers./Krankenkasse: Name: _____

(für Notfallarzt/Arzt im
Gebiet, z.B. Skilager)

Niederlassung: _____

Vers.-Nummer: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____