



Notfallinformationen von – Name: \_\_\_\_\_



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



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



Körpergröße: \_\_\_\_\_



Gewicht: \_\_\_\_\_



Blutgruppe: \_\_\_\_\_



Erziehungsberechtigte(r): \_\_\_\_\_



Telefonnummer(n): \_\_\_\_\_



Name der Krankenkasse & Versicherten-Nummer:

\_\_\_\_\_



Name Kinderarzt/Kinderärztin: \_\_\_\_\_



Vorerkrankungen: \_\_\_\_\_



Allergien: \_\_\_\_\_



Krankenhausaufenthalte: \_\_\_\_\_



Medikamente & Dosierung: \_\_\_\_\_



aktualisiert am: \_\_\_\_\_