



**Notfallkartei**

**Klasse:** \_\_\_\_\_

**1 Allgemeines:**

Name/Vorname: \_\_\_\_\_  
Straße/Nr: \_\_\_\_\_  
PLZ/ Ort: \_\_\_\_\_  
Telefonnummer: \_\_\_\_\_

**2 Gesundheitliche Risiken (Allergien, Einnahme von Medikamenten etc.):**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Hausarzt/ behandelnder Arzt:** \_\_\_\_\_

**3 Notfalltelefonnummern (Bitte unbedingt angeben!):**

Handy (Vater): \_\_\_\_\_ Arbeit: \_\_\_\_\_  
Handy (Mutter): \_\_\_\_\_ Arbeit: \_\_\_\_\_  
Sonstige: \_\_\_\_\_



**Notfallkartei**

**Klasse:** \_\_\_\_\_

**1 Allgemeines:**

Name/Vorname: \_\_\_\_\_  
Straße/Nr: \_\_\_\_\_  
PLZ/ Ort: \_\_\_\_\_  
Telefonnummer: \_\_\_\_\_

**2 Gesundheitliche Risiken (Allergien, Einnahme von Medikamenten etc.):**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Hausarzt/ behandelnder Arzt:** \_\_\_\_\_

**3 Notfalltelefonnummern (Bitte unbedingt angeben!):**

Handy (Vater): \_\_\_\_\_ Arbeit: \_\_\_\_\_  
Handy (Mutter): \_\_\_\_\_ Arbeit: \_\_\_\_\_  
Sonstige: \_\_\_\_\_