



## Notfallblatt Kindergarten

Name/Vorname: \_\_\_\_\_

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

Strasse: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Name der Mutter: \_\_\_\_\_ Name des Vaters: \_\_\_\_\_

Tel. Geschäft: \_\_\_\_\_ Tel. Geschäft: \_\_\_\_\_

Tel. Mobile: \_\_\_\_\_ Tel. Mobile: \_\_\_\_\_

Tagesmutter/Familie: \_\_\_\_\_

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

Telefon: \_\_\_\_\_

Betreuung an folgenden Wochentagen: \_\_\_\_\_

Name des Hausarztes: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

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

Name des Zahnarztes: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

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

Allergien (Insekten, Pollen, Nahrungsmittel usw.): \_\_\_\_\_

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

Krankheiten (Asthma, Epilepsie usw.): \_\_\_\_\_

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

Besucht Ihr Kind eine Therapie? \_\_\_\_\_

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

Muss Ihr Kind Medikamente einnehmen? \_\_\_\_\_

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

Dürfen bei Ihrem Kind zur Wundversorgung im Falle einer Verletzung folgende Medikamente angewendet werden? (Ausschliesslich zur äusserlichen Anwendung.)

- Bepanthen     Fenistil     Merfen     Es darf nichts angewendet werden.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift der Eltern: \_\_\_\_\_