



Marienkäferschule

Schulstraße 2 38459 Bahrndorf Tel.: 05364/1039 Fax: -/9850

NOTFALLKARTEI

Name, Vorname: _____ geboren am: _____

Straße, Wohnort: _____

Name, Vorname der/des
Erziehungsberechtigten

Vater:

Mutter

Tel.-Nr.: _____

Name der für das Kind

zuständigen Krankenkasse:

Hausarzt / behandelnder Arzt:

Gesundheitliche Risiken

(z. B. Allergien, Diabetes...):

Notfallnummern (falls oben niemand erreicht werden kann):

1. Tel.-Nr. bei der Arbeit/Dienststelle (Mutter) _____
2. Tel.-Nr. bei der Arbeit/Dienststelle (Vater) _____
3. Tel.-Nr. von Verwandten: _____

4. Tel.-Nr. von geeigneten
Ansprechpartnern _____

5. Abholberechtigte Personen _____

Einverständniserklärung

Hiermit erkläre ich mich / erklären wir uns damit einverstanden, dass mein / unser Kind _____ bei plötzlich auftretender Erkrankung/Verletzung oder der Verdacht einer Erkrankung auf Veranlassung der Marienkäferschule Bahrndorf nach Hause, bzw. zu einer ambulanten oder stationären Behandlung mit einem dafür beauftragten Krankentransportfahrzeug oder Taxi befördert wird. Die entstehenden Transportkosten werden von mir / von uns verauslagt.

(Ort, Datum)

(Unterschrift der / des Erziehungsberechtigten)

Die Notfallkartei wird nach Verlassen der Grundschule vernichtet!