

Medizinisches Notfallblatt

Personalien

Familiennamen des Kindes

Vorname(n)

Geburtsdatum

Adresse

PLZ/ Ort

Handy Mutter

Handy Vater

Bei Fremdbetreuung

Name Person/Institution

Telefon/Handy

Wann (Wochentage/Zeit)

Hausarzt

Name

Adresse

Telefon

Krankenkasse:

Zur Gesundheit

Durchgemachte Kinderkrankheiten

Allergien

Medikamente

Bemerkungen, Anliegen

Ort, Datum

Unterschrift
