



Notfallblatt

Personalien	
Name und Vorname:	
Adresse:	
Geburtsdatum:	
Krankenkasse:	
Krankenkassennummer:	
AHV-Nr.*	
Hausarzt	Name und Adresse
Zahnarzt	Name und Adresse
	Tel. Nr.

*Sie steht auf der Krankenkassenkarte

Krankheiten und Medikamente	
Muss der/die Jugendliche/das Kind regelmässig Medikamente einnehmen, wenn ja, welche und wann?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Name: wann:
Allgemeine Hinweise, Bemerkungen zu Allergien, Krankheiten, Besonderheiten	

Erreichbarkeit bei Notfällen

Unter dieser Nummer können wir Sie oder eine andere Bezugsperson während eines Notfalls erreichen.

Name und Nummer	
Name und Nummer	
Name und Nummer	

Ort und Datum	
Unterschrift	