

# Notfallblatt

Kinderhaus Seeham, Kindergartenweg 15, 5164 Seeham

Vor- und Nachname Kind:		Gruppe:	
-------------------------	--	---------	--

Im Notfall zu verständigen	
Mutter Handy:	
Mutter Arbeit:	
Vater Handy:	
Vater Arbeit:	
_____:	
_____:	

Weitere Infos zum Kind:	
Geburtsdatum	
Sozialversicherungsnr.	
Versicherungsanstalt	

Hausarzt	
Telefonnummer	

Impfungen	6-fach-Impfung (inkl. Tetanus)	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
	letzte Tetanus-Impfung?	_____ (Datum)	
	Masern - Mumps - Röteln	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
	FSME	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>

Kalium-Jod-Tablette	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
---------------------	--------------------------	----------------------------

Allergien Nahrungsmittel	
Sonstige Allergien	

Von wem darf das Kind abgeholt werden?	
Name	Bezug zum Kind

Sonstige Telefonnummern:	