



Hinweise für Erstversorger zu Maßnahmen im Notfall

Bitte bewahren Sie dieses Formular ausschließlich und am besten in mehrfacher Ausführung (zur Weitergabe an Rettungsdienst, Arzt, Krankenhaus) in einem verschlossenen roten Notfallumschlag (erhältlich im Sekretariat) auf.

Meine Tochter / Mein Sohn / Ich

Name: _____

Vorname: _____

Geboren am: _____

Klasse: _____

leide/t unter folgenden Krankheiten/Allergien oder anderen Beeinträchtigungen, die eventuell während des Unterrichtes auftreten könnten:

Auslösendes Ereignis (bei Allergien, Epileptischen Anfällen, etc.):

Notwendige Medikamenteneinnahme:

Ja:

Nein:

Art des Medikaments:

Einnahmehinweise:

Weitere Maßnahmen/Hinweise:

Bitte auch 2. Seite ausfüllen!

In diesem Krankenhaus werde ich behandelt:

Zu erreichen unter Tel-Nr.: _____

Von diesem Hausarzt werde ich behandelt:

Zu erreichen unter Tel-Nr.: _____

Meine Adresse:

Kontakt- bzw. Vertrauensperson/en für den Notfall:

Zu erreichen unter Tel-Nr.: _____

Ort, Datum

Unterschrift

(eigene bei Volljährigkeit – sonst Erziehungsberechtigte/r)

Zum Ausdrucken unter ALehrer/= QM BSAOE/01 Formulare bsaoc/3 Schüler/Erklärung zum Gesundheitszustand/Notfallmaßnahmen-Hinweise für Erstversorger oder auf www.bsaoc.de