**NOTFALLSBLATT**

Vor- u. Zuname des Kindes

Adresse

Geburtsdatum Geburtsort

Staatsbürgerschaft

Blutgruppe

Allergien

Impfungen

Operationen

Sozialvers.Nr Mitversicherter

Krankenkasse Mitversicherter

Sozialvers.Nr Versicherter

Krankenkasse Mitversicherter

Adresse Versicherter

im Notfall zu verständigen:

Name Tel:

Name Tel:

Name Tel:

Name Tel:

Bemerkungen (Medikamente, Unverträglichkeiten etc.)

Datum Unterschrift