# Medizinisches Notfallblatt PGS

**Personalien**

|  |  |
| --- | --- |
| Name und Vorname des Kindes: |       |
| Adresse: |       |
| Tel. privat: |       |
| Geburtsdatum: |       |
| Email der Eltern: |       |

**Notfallnummer während der Unterrichtszeit**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Mo** | **Di** | **Mi** | **Do** | **Fr** |
| Wer soll in einem Notfall angerufen werden?Bitte Erreichbarkeit ankreuzen. | MorgenNachmittag | MorgenNachmittag | Morgen | MorgenNachmittag | MorgenNachmittag |
| Name / Vorname:       mobil:      privat:       Geschäft:       | 🞎 🞎 | 🞎 🞎 | 🞎 | 🞎 🞎 | 🞎 🞎 |
| Name / Vorname:       mobil:      privat:       Geschäft:       | 🞎 🞎 | 🞎 🞎 | 🞎 | 🞎 🞎 | 🞎 🞎 |
| Name / Vorname:       mobil:      privat:       Geschäft:       | 🞎 🞎 | 🞎 🞎 | 🞎 | 🞎 🞎 | 🞎 🞎 |
| Name / Vorname:       mobil:      privat:       Geschäft:       | 🞎 🞎 | 🞎 🞎 | 🞎 | 🞎 🞎 | 🞎 🞎 |

**Kinder- oder Hausarzt**

|  |  |
| --- | --- |
| Name: |       |
| Adresse: |       |
| Telefonnummer: |       |

**Zahnarzt**

|  |  |
| --- | --- |
| Name: |       |
| Adresse: |       |
| Telefonnummer: |       |

**Schulzahnpflege**

Wir erklären uns mit der Anwendung des empfohlenen Fluoridpräparats (Geleé) im Rahmen der Schulzahnpflege [ ] einverstanden [ ] nicht einverstanden

**Allergien**

[ ]  Bienenstiche [ ]  Erdbeeren [ ]  Nüsse

[ ]  Pollen [ ]  Milch [ ]  andere:

**Medikamente**

Muss das Kind Medikamente einnehmen? Wenn ja, welche? Mit der Unterschrift ermächtigen die Erziehungsberechtigten die Lehrpersonen, die folgenden Medikamente wie folgt abzugeben:

**Besondere Aufmerksamkeit**

Benötigt das Kind besondere Aufmerksamkeit in Bezug auf Gesundheitszustand, körperliche Leiden, Behinderungen, Beeinträchtigung der Sinnesorgane, Unfälle…?

**Bemerkungen, Anliegen oder besondere Massnahmen**

Ort, Datum, Unterschrift:

………………………………………………………………………………………………………………….