



Notfallblatt

Vor- und Nachname des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____

Kontakt, falls Eltern nicht erreichbar (z.B. Grosi, Nachbarn oder Tageseltern):

Name: _____

Telefonnummer: _____

Kinderarzt:

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Bekannte Allergien: _____

Regelmässige

Medikamenteneinnahme:

☐ Nein

☐ Ja (was/wann/wieviel): _____

Darf Ihr Kind bei Bagatellfällen (wie Schürfwunden, Insektenstichen, kleinen Verbrennungen etc.) **mit folgenden Medikamenten behandelt werden:**

- ☐ **Octenisept** (Wund-Desinfektion)
- ☐ **Leucen Brand- und Wundgel** (Bei leichten Verbrennungen, kl. Hautverletzungen, Schürfwunden, leichtem Sonnenbrand und Insektenstichen)
- ☐ **Bepanthen Plus** (Hautverletzungen)
- ☐ **Similisan Arnica plus Globuli** und **Phytodor Notfall-Globuli**
- ☐ **Feniallerg-Tropfen** (bei allergischen Reaktionen)
- ☐ **Weleda Euphrasia-Augentropfen**
- ☐ **Insekten - Zeckenschutzmittel**

Ist Ihr Kind geimpft?

☐ Nein

☐ Ja

Wenn ja, welche: _____

Allgemeine Bemerkungen: _____

Bitte teilt uns Änderungen sofort mit. Besten Dank!

Datum und Unterschrift: _____