



Chindertroum.ch

NOTFALLBLATT

Ist durch die Eltern auszufüllen (pro Kind bitte ein Notfallblatt).

CHINDERTROUM - Schwarzenburgstrasse 59, CH-3008 BERN

Wir vom Team „Chindertroum“ garantieren Ihnen, dass diese Angaben vertraulich behandelt werden.

Kind

Vorname _____ Nachname _____

Geburtsdatum _____ Adresse _____

Krankenkasse / Unfallversicherung _____

Mutter

Vorname _____ Nachname _____

Telefon _____ Geschäft _____ Privat _____ Mobil _____

Vater

Vorname _____ Nachname _____

Telefon _____ Geschäft _____ Privat _____ Mobil _____

Kontaktperson für Krankheitsfälle (Hausarzt / Kinderarzt / Zahnarzt)

Datum der letzten Tetanusimpfung _____ Blutgruppe _____

Allergien (Nahrungsmittel, Medikamente, Tiere)

Besonderheiten ? (bei Bedarf auf der Rückseite notieren) -
Gesundheitliche Beeinträchtigungen, Geburtsgebrechen nach ICD

Ort, Datum und Unterschrift _____

Änderungen bitte frühzeitig der Leitung mitteilen