

# Notfallausweis

Name des Kindes: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Lehrer/Lehrerin: \_\_\_\_\_

Allergische Reaktion auf: \_\_\_\_\_

Asthmatiker?  JA (hohes Risiko schwerer Reaktionen)  NEIN

Zeichen einer starken allergischen Reaktion

Mund: Juckreiz und Schwellung von Lippen, Zunge oder Mund

Rachen: Juckreiz und/oder Engegefühl im Rachen, Heiserkeit und „bellender“ Husten

Haut: Kribbeln und Brennen an Handflächen und Fußsohlen, Quaddeln, juckender Hautausschlag [...] usw.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Medikament/ Dosis Art der Verabreichung

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Medikament/Dosis Art der Verabreichung

Notruf Rettungsdienst: \_\_\_\_\_

Arzt im Notfall erreichbar unter: \_\_\_\_\_

Zögern Sie nicht, die angegebenen Medikamente zu verabreichen oder den Rettungsdienst zu rufen, wenn Sie die Eltern oder den behandelnden Arzt nicht erreichen.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Eltern Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Arztes Datum

Kontaktaufnahme im Notfall

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_  
Angehörige Telefon Angehörige Telefon

Sonstige dauerhafte gesundheitliche Einschränkungen:

---

---

---