

Das Tageskind: _____
(Name und Adresse)

nimmt folgende Medikamente ein:

ist beeinträchtigt durch chronische Erkrankungen/Vorerkrankungen und zwar: _____

hat folgende Allergien oder Unverträglichkeiten:

Ist krankenversichert bei: _____
(Name der Krankenversicherung und Name des Hauptversicherten)

Zuständiger Kinderarzt: _____
(Name)

(Adresse und Telefonnummer)

Vollmacht für Notfallversorgung

Ich/Wir _____, geb. am _____ und
_____, geb. am _____ - die Sorgeberechtigte(n) -
bevollmächtige(n) hiermit Fr./Hrn. _____, geb. am _____
zum Zweck der ärztlichen Notfallversorgung Auskunft über mein/unser Kind
_____ geb. am _____ zu erteilen.

Hierzu liegt vor:

- Impfausweis Allergiepass Bescheinigung z. Medikamenteneinnahme
 Kopie der Chipkarte der zuständigen Krankenkasse

(Datum und Unterschrift der Sorgeberechtigten)

Im Notfall unter folgender/n Nummer(n) zu erreichen:

	Name:	Telefonnummer:
<input type="checkbox"/>	Mutter	
<input type="checkbox"/>	Vater	
<input type="checkbox"/>	Andere	