



Kinder mit **lebensbedrohlichen** Erkrankungen

Mein/unser Kind

Name: _____

Klasse: _____

Vorname: _____

**Aktuelles Foto
Ihres Kindes
bitte hier
einkleben**

leidet unter folgender **lebensbedrohlicher** Erkrankung. (bitte ankreuzen und genau benennen)

☐

Diabetes

☐

Herzfehler

☐

Asthma

☐

Allergie

☐

Sonstige

Symptome (bitte beschreiben Sie eindeutige Symptome z.B. Atemnot, Hautausschlag, Ohnmacht...)

Erstversorgung bis der Notarzt eintrifft:) z.B. Asthmaspray (Wo zu finden?)/ Insulinspritze /
Notfallmedikament (Wo zu finden?) → Lehrkräfte können nicht verpflichtet werden Medikamente zu verabreichen!
bei oben beschriebenen Symptomen ruft die Schule prinzipiell den Notarzt

Erreichbarkeit während der Schulzeit (07:40 – 15:15 Uhr):

Telefonnummer Mutter: _____

Telefonnummer Vater: _____

Telefonnummer weiterer Vertrauenspersonen:

Name: _____ Tel: _____

Name: _____ Tel: _____

Name: _____ Tel: _____

Ort/ Datum: _____

Unterschrift/en Sorgeberechtigte/r