



Notfallblatt - Medikation

Stand: _____

Angaben zur Schülerin / zum Schüler

Name, Vorname(n)	Geburtstag:
Diagnose	
Medikation (Dosierung, wo werden sie aufbewahrt?)	
Behandelnde/r Ärztin/Arzt (Name, Adresse, Telefonnummern)	Name, Vorname
	Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort, Telefon
Zuständige Krankenhaus (Name, Adresse, Telefonnummern)	Name
	Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort, Telefon
Erste-Hilfe-Maßnahmen (erforderliche Maßnahmen zur ersten-Hilfe)	