

NOTFALLADRESSEN

Bitte genau und leserlich ausfüllen! (bitte mit dunklem Stift, kein Bleistift)

Alle Informationen werden vertraulich behandelt und nur im Notfall verwendet.

Name des Kindes:	Sozialversicherungsnummer des Kindes											
	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>											
Klasse: GTVS 22, Wulzendorfstraße 1	bei der Krankenkasse: Kind ist mitversichert bei <input type="radio"/> Mutter <input type="radio"/> Vater <input type="radio"/> andere _____ (bitte SV-Nr. auch unten eintragen)											
Wohnadresse:		Telefon - privat:										

Alleingehert: ja nein

Obsorgeberechtigt: beide Elternteile Mutter Vater andere _____

Obsorgeberechtigte/r: <input type="radio"/> Mutter <input type="radio"/> Vater <input type="radio"/> andere _____ Nachname: Vorname:	Sozialversicherungsnummer bitte nur eintragen, wenn das Kind mitversichert ist: <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> bei der Krankenkasse:										
Beruf/Arbeitsplatz Firma: Genaue Anschrift:	Handy - privat: E-Mail: Telefon - Arbeitsplatz: (hier erreichbar von _____ bis _____ Uhr)										
Obsorgeberechtigte/r: <input type="radio"/> Mutter <input type="radio"/> Vater <input type="radio"/> andere _____ Nachname: Vorname:	Sozialversicherungsnummer bitte nur eintragen, wenn das Kind mitversichert ist: <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> bei der Krankenkasse:										
Beruf/Arbeitsplatz Firma: Genaue Anschrift:	Handy - privat: E-Mail: Telefon - Arbeitsplatz: (hier erreichbar von _____ bis _____ Uhr)										

Weitere abholberechtigte Kontaktpersonen, die im Notfall verständigt werden können:

Name und genaue Angabe (z.B. Tante/Onkel, Großeltern, FreundIn, NachbarIn ...):	Telefon:
Name und genaue Angabe (z.B. Tante/Onkel, Großeltern, FreundIn, NachbarIn ...):	Telefon:
Name und genaue Angabe (z.B. Tante/Onkel, Großeltern, FreundIn, NachbarIn ...):	Telefon:

Wichtige Informationen:

z.B. Allergien, chronische Erkrankungen ...:	letzte Tetanusimpfung am:
Kaliumjodid-Tabletten - Einverständnis: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	

Ich nehme zur Kenntnis, dass ich verpflichtet bin, Änderungen sofort zu melden.

_____ Datum

_____ Unterschrift einer/s Obsorgeberechtigten