

KÜLFÖLDI MAGYAR CSERKÉSZ SZÖVETSÉG I. KERÜLET-EURÓPA

88. sz. Bethlen Gábor Cserkészcsapat

**Information für Notfälle**

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Telefon des Vaters (im Dienst): \_\_\_\_\_

Telefon der Mutter (im Dienst): \_\_\_\_\_

Kinderarzt (Name/Telefon): \_\_\_\_\_

Hausarzt (Name/Telefon): \_\_\_\_\_

Krankenversicherung: \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_ Adresse: \_\_\_\_\_

Letzte Impfdaten:

Tetanus: \_\_\_\_\_ Diphtherie: \_\_\_\_\_ Polio: \_\_\_\_\_

Masern: \_\_\_\_\_ FSME: \_\_\_\_\_ Sonstige: \_\_\_\_\_

Blutgruppe: \_\_\_\_\_ Rhesusfaktor: \_\_\_\_\_

Jetzige Erkrankungen und chronische Leiden (Epilepsie, Asthma, usw.):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Allergien (Medikamente, Insektenstiche, Heu, Nahrungsmittel, usw.):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ständig verabreichte Medikamente (Name, Indikation, wie viel, wie oft):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Besondere Vorkehrungen und sonstige Information:

\_\_\_\_\_

Schwimmkenntnisse (evtl. Abzeichen usw.): \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_