

**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: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Mein Kind ist Vegetarier (Ja/Nein) \_\_\_\_\_

Mein Kind kann schwimmen (Ja/Nein) \_\_\_\_\_

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

Unterschrift:

