

Notfallblatt

Vorname und Name des Kindes:

Geburtsdatum:

Adresse:

Vornamen, Name und Telefon-Nummer der Mutter:

Vorname, Name und Telefon-Nummer des Vaters:

Andere Betreuungspersonen:

* Bitte alle möglichen Nummern angeben an denen wir Sie in einem Notfall erreichen können,
z.B. Tagesmutter, Grosseltern usw.

Hausarzt oder Kinderarzt des Kindes:

.....

* Bitte Name und Telefonnummer des Arztes angeben!

Bemerkungen:

* Geben Sie bitte hier an ob Ihr Kind an einer Allergie oder einer chronischen Krankheit leidet oder andere wichtige Informationen im Bezug zur Gesundheit Ihres Kindes.

Bitte wenden!

In der Notfallapotheke der Spielwerkstatt befinden sich folgende Medikamente. Falls wir im Notfall ihrem Kind etwas davon **nicht verabreichen dürfen**, vermerken Sie es bitte hier.

1. Arnica C30
2. Bach Blüten Rescue Spray
3. Merfen Desinfektionsspray auf Wasserbasis
4. Parapic Spray
5. Steriler Wundverband.
6. Cool Pack
7. Selbsthaftende Fixierbinde
8. Haftpflaster
9. Traubenzucker
10. Gel Kompresse
11. Druckverband
12. Handdesinfektionsmittel

Ort und Datum:

Unterschrift der Eltern:

* Versicherung ist Sache der Eltern.

* Senden Sie bitte ein unterschriebenes Exemplar dieses Notfallblattes an: Spielgruppe Spielwerkstatt, Galina Bruder, Zürichstrasse 96, 8910 Affoltern am Albis.