

Notfallplan

ist von den Eltern auszufüllen



Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Gruppe: _____

Notfallkind

chronische Krankheit

Allergiker

Krankheit: _____

Auslöser: _____

Symptom: _____

Medikament(e) / Mindesthaltbarkeit: _____

Was? _____

Wann? _____

Wie? _____

Wie viel? _____

Wer? _____

Lagerbedingungen/Lagerort: _____

weiteres Vorgehen:

Notruf: 112

Hausarzt Telefon: _____

Personenberechtigter Tel.: _____

sonstige Hinweise:

Datum, Unterschrift Personensorgeberechtigte

Unterschrift Arzt, Stempel

Medikamentengabe

Dokumentation der Medikamentengabe

Name des Kindes

Vorname des Kindes

Geburtsdatum

Wie vereinbart wurden dem o.g. Kind folgende Medikamente verabreicht:

Datum	Uhrzeit	Medikament	Menge	Name	Unterschr.

Gegebenenfalls Bemerkungen
zu Nebenwirkungen/was wurde veranlasst
