



Tinódi Lantos Sebestyén Kerületi Regös Tábor

Informationen für Notfälle

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefon zu Hause: _____

Tel. d. Vaters (im Dienst): _____ Tel. d. Mutter (im Dienst): _____

Kinderarzt (Name / Telefon): _____

Hausarzt (Name / Telefon): _____

Krankenversicherung: _____ Vers. Nr.: _____

Letzte Impfdaten (ja/nein; Zeitpunkt): _____

Tetanus: _____ FSME: _____

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

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

Ständig verabreichte Medikamente (Name, Indikation, wieviel, wie oft): _____

Spezielle Ernährung – Diät: _____

Besondere Vorkehrungen und sonstige Informationen: _____

Bestätigung:

Datum: _____ Unterschrift: _____