Caritas-Förderzentrum St. Laurentius und Paulus
Schule mit dem Förderschwerpunkt
Motorische Entwicklung
Queichheimer Hauptstr. 235
76829 Landau
Telefon: 06341 -599 441 / Telefax: 06341 -599 463

Notfallmappe Schüler*innen

Die Notfallmappe dient ausschließlich dem Zweck, um im Notfall entsprechende Informationen an den behandelnden Arzt / Klinik, weiter geben zu können. Diese muss Jährlich und bei Bedarf von den Eltern / Sorgeberechtigten, aktualisiert werden.

1. Personalien:

Vor- und Familienname: _____

Geb. am: _____ in: _____

Adresse: _____

2. Personalien Eltern / Sorgeberechtigte:

Vor- und Familienname des **Vaters**: _____

Adresse und Telefon: _____

_____

Vor- und Familienname der **Mutter:** _____

Adresse und Telefon: _____

_____

3. Personen / Institution, die ohne das Sorgerecht zu besitzen, tatsächlich die Erziehung übernommen haben / oder bei welcher, der Schüler*in lebt (falls abweichend von Punkt 2):

_____

_____

4. Behinderungsbild / Krankheitsbild: _____

_____

4a. Anfallsleiden / Epilepsie: ☐ **ja** ☐ **nein**

Caritas-Förderzentrum St. Laurentius und Paulus
Schule mit dem Förderschwerpunkt
Motorische Entwicklung
Queichheimer Hauptstr. 235
76829 Landau
Telefon: 06341 -599 441 / Telefax: 06341 -599 463

Notfallmappe Schüler*innen

5. Krankenkasse und Versichertennummer des Schülers*in: _____

_____

Versichert mit: _____

6. Hausarzt / Adresse / Telefonnummer:

_____

_____

7. Allergien: _____

_____

_____

8. Besonderheiten: _____

_____

_____

Unterschrift Ort / Datum / Eltern / Erziehungsberechtigte

_____

Caritas-Förderzentrum St. Laurentius und Paulus
Schule mit dem Förderschwerpunkt
Motorische Entwicklung
Queichheimer Hauptstr. 235
76829 Landau
Telefon: 06341 -599 441 / Telefax: 06341 -599 463

Notfallmappe Schüler*innen

Übersicht Medikamente 24 Stunden

Name des Schülers*in: _____

Geburtsdatum: _____

Die Medikamentendokumentation 24 h kann von Eltern / Erziehungsberechtigten ausgefüllt werden, sie dient nur der Information. **DIES IST KEINE ÄRTZLICHE VERORDNUNG!**

Medikament	Morgens	Mittags	Abends	Nachts

Bedarfsmedikation:

Medikament	Nach welcher Zeit	Dosierung

Medikament bei epileptischem Anfall:

Medikament	Nach welcher Zeit	Dosierung

Letzte Tetanusimpfung / Datum:

Unterschrift Ort / Datum / Eltern / Erziehungsberechtigte