

Notfallformular

Schüler/in: _____ geb. am: _____

Krankenkasse: _____

Hausarzt: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Weitere behandelnde Ärzte: _____

Die Schülerin/Der Schüler

☐ **ist gesund**

☐ **leidet an**

☐ Allergien gegen _____

☐ Krampfanfälle

☐ Herzleiden

☐ Asthma

☐ ADS/ADHS

☐

zutreffendes bitte ergänzen oder ankreuzen

☐ **muss regelmäßig Medikamente einnehmen**

☐ **deponiert ein Akut-Medikament an der Schule**

Bezeichnung

☐ **Wenn der Erziehungsberechtigte nicht erreichbar ist, bitte nachfolgende abholberechtigte Person verständigen:**

Name

Telefon

Name

Telefon

Bamberg, den _____

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

Stand: 07.01.2026

