

# STRUBELIMUTZ

## Notfallblatt

Vorname: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefonnummern: \_\_\_\_\_

Nimmt Ihr Kind regelmässig Medikamente?                      0 ja                      0 nein

Wenn ja welche: \_\_\_\_\_

Sind bei Ihrem Kind Allergien bekannt?                      0 ja                      0 nein

Wenn ja welche: \_\_\_\_\_

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

Name & Adresse des Hausarztes:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_