



Notfallblatt

Kind:

Vorname.....Name.....

Geburtsdatum.....

Telefonnummern, unter der die Eltern oder eine andere Bezugsperson während der Spielgruppenzeit erreichbar sind:

Nummer.....Name.....Bezug.....

Nummer.....Name.....Bezug.....

Nummer.....Name.....Bezug.....

Hausarzt:

Name und Adresse.....

Telefon.....

Nimmt ihr Kind regelmässig Medikamente? Ja Nein

Wenn ja welche

Sind Allergien bekannt? Ja Nein

Wenn ja welche

Sind Unverträglichkeiten bekannt? Ja Nein

Wenn ja welche

Dürfen im Notfall homöopathische Mittel gem. Spielgruppenapotheke verabreicht werden? Ja Nein

Im Notfall wird die Spielgruppenleiterin erste Hilfe leisten und wenn nötig sofort ärztliche Hilfe rufen:

- Notrufzentrale des Hinteres Leimentals Tel. 061 261 15 15
 - Sanitätsnotruf 144
-

Ich bestätige hiermit, dass ich das Notfallblatt korrekt ausgefüllt habe, und ich bin mit diesem Vorgehen bei Notfällen einverstanden.

Diese Angaben sind vertraulich. Beim Spielgruppenaustritt wird dieses Blatt vernichtet.

Ort/Datum.....

Unterschrift Eltern.....



**SPIELGRUPPE
WIRBELWIND**

Unsere Notfallapotheke der Spielgruppe:

Falls wir etwas davon nicht verabreichen dürfen, bitte vermerken

Arnica C30	
Merfen Desinfektionsspray auf Wasserbasis	
Steriler Wundverband	
Cool Pack	
Selbsthaftende Fixierbinde	
Haftpflaster	
Gel Kompressen	
Druckverband	
Bephanthen Creme	