|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Notfallblatt der Kreisschule HOEK**  11. Juni 2024/ SL | | | | | | | | | | | | | |
| Dieses Notfallblatt ist für Situationen, in denen Ihr Kind im Kindergarten, in der Schule, in Lagern, auf Exkursionen oder Schulreisen medizinische Hilfe benötigt. Die Informationen werden vertraulich behandelt und nur im Notfall von Lehrpersonen oder Ärzten/Ärztinnen verwendet.  Das Formular wird jeweils auf das neue Schuljahr überprüft und falls nötig angepasst oder neu ausgefüllt. | | | | | | | | | | | | | |
| **Personalien des Kindes** | | | | | | | | | | | | | |
| Name / Vorname | |  | | | | | | | | | | | |
| Geburtsdatum | |  | | | | | | AHV-Nr. |  | | | | |
| Adresse | |  | | | | | | | | | | | |
| Sorgerecht | | Gemeinsames Sorgerecht  Sorgerecht beim Vater  Sorgerecht bei der Mutter  Weitere: | | | | | | | | | | | |
| **Im Notfall können folgende Personen kontaktiert werden:** | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Person | Name / Vorname       Bezug: | | | | | | | | | | | | |
|  | Handy | | | | | | Privat | | | | | Geschäft | |
| 2. Person | Name / Vorname       Bezug: | | | | | | | | | | | | |
|  | Handy | | | | | | Privat | | | | | Geschäft | |
| 3. Person | Name / Vorname       Bezug: | | | | | | | | | | | | |
|  | Handy | | | | | | Privat | | | | | Geschäft | |
| 4. Person | Name / Vorname       Bezug: | | | | | | | | | | | | |
|  | Handy | | | | | | Privat | | | | | Geschäft | |
| **Haus- oder Kinderarzt** | | | | | | | | | | | | | |
| Vorname / Name | |  | | | | | | | | | | | |
| Adresse | |  | | | | | | | | | | | |
| Telefon | |  | | | | | | Krankenkasse | | |  | | |
| **Zahnarzt** | | | | | | | | | | | | | |
| Vorname / Name | |  | | | | | | | | | | | |
| Adresse | |  | | | | | | | | | | | |
| Telefon | |  | | | | | | | | | | | |
| **Mein Kind hat folgende chronische Krankheiten** (Asthma, Diabetes, Epilepsie etc.)**:** | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| **Mein Kind hat folgende Allergien** (Bienenstich, Nüsse, Früchte, Eier, Gluten etc.)**:** | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| **In einer akuten Situation benötigt mein Kind folgende Notfallmedikamente -** Bitte die Lehrperson informieren –Medikamente abgeben – Wechsel aufgrund des Ablaufdatums liegt in der Verantwortung der Eltern. | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| **Tetanusimpfung (Starrkrampf):** Abkürzung T, häufig zusammen mit Diphtherie (D) und Keuchhusten (P) - DTPa | | | | | | | | | | | | | |
| Die letzte Starrkrampfimpfung ist vom      . Es darf, wenn nötig, geimpft werden:  ja  nein | | | | | | | | | | | | | |
| **Mein Kind nimmt folgende Medikamente regelmässig ein:** | | | | | | | | | | | | | |
| Name | | | | Dosierung (mg/ml) | | | | | Tageszeiten | | | | |
| 1. | | | |  | | | | |  | | | | |
| 2. | | | |  | | | | |  | | | | |
| **Verabreichung von rezeptfreien Medikamenten und Wundversorgungsmaterial:** | | | | | | | | | | | | | |
| Ich/wir sind einverstanden, dass die Lehrperson unserem Kind folgende Medikamente verabreichen darf:  Desinfektionsspray bei Wunden (Bepanthen/Merfen)  Wundsalbe (Bepanthen Plus/Vita-Merfen)  Gegen Juckreiz/Insektenstiche (Fenistil Gel/Parapic)  Antiallergikum (Feniallerg Tropfen 1 mg)  Schmerzmittel: Paracetamol (Dafalgan: Sirup / Tabletten / Pulver) oder Ibuprofen (Algifor Dolo Junior). Abgabe  gemäss Packungsbeilage und nur auf Schulreisen, Exkursionen sowie in Lagern | | | | | | | | | | | | | |
| **An folgenden Tagen wird unser Kind von anderen Personen oder Institutionen betreut:** | | | | | | | | | | | | | |
| Montag | | | Dienstag | | | Mittwoch | | | | Donnerstag | | | Freitag |
| Wer, wo, evtl. Telefon | | | Wer, wo, evtl. Telefon | | | Wer, wo, evtl. Telefon | | | | Wer, wo, evtl. Telefon | | | Wer, wo, evtl. Telefon |
| **Für gemeinsame Essen bei Anlässen oder in Lagern** (kein Notfallthema, aber organisatorisch wichtig): | | | | | | | | | | | | | |
| keine Einschränkungen  vegetarisch  kein Schweinefleisch | | | | | | | | | | | | | |
| **Bemerkungen und Verschiedenes** (Alles was notfallmässig noch wichtig sein könnte)**:** | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| **Unterschrift:** | | | | | | | | | | | | | |
| Für das Schuljahr | | Klasse | | | Datum | | | | Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten | | | | |
| 24/25 | |  | | |  | | | |  | | | | |
|  | |  | | |  | | | |  | | | | |
|  | |  | | |  | | | |  | | | | |
|  | |  | | |  | | | |  | | | | |
|  | |  | | |  | | | |  | | | | |
|  | |  | | |  | | | |  | | | | |
|  | |  | | |  | | | |  | | | | |
|  | |  | | |  | | | |  | | | | |

|  |
| --- |
| **🡪 Wichtige Veränderungen während dem Schuljahr bitte der Lehrperson melden.**  Am Ende des jeweiligen Schuljahres geben wir das Notfallblatt zusammen mit dem Zeugnis zur Kontrolle und zum Unterschreiben mit nach Hause.  **Bitte das Notfallblatt mit den nötigen Anpassungen und neu unterschrieben nach den Sommerferien zusammen mit dem Zeugnis der Klassenlehrperson abgeben. Besten Dank.**  Falls Sie das Notfallblatt lieber digital ausfüllen, können Sie es auch elektronisch von unserer Homepage [www.hoek.ch](http://www.hoek.ch) unter Downloads herunterladen. |