



## Notfallpass

Name des Kindes: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Tel.- Nr.: \_\_\_\_\_

Mein Kind wird ärztlich betreut von:

\_\_\_\_\_  
Kinderarzt/Hausarzt

\_\_\_\_\_  
Telefon

Notfallnummern:

\_\_\_\_\_  
Name der Person                      Beziehung zum Kind                      Telefon/Handy

\_\_\_\_\_  
Name der Person                      Beziehung zum Kind                      Telefon/Handy

\_\_\_\_\_  
Name der Person                      Beziehung zum Kind                      Telefon/Handy

\_\_\_\_\_  
Name der Person                      Beziehung zum Kind                      Telefon/Handy

\_\_\_\_\_  
Name der Person                      Beziehung zum Kind                      Telefon/Handy

\_\_\_\_\_  
Name der Person                      Beziehung zum Kind                      Telefon/Handy

Sollten sich diese Telefonnummern ändern, teilen Sie uns das bitte umgehend mit!

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Eltern