



NOTFALLBLATT

Familienname: Geb.Dat.

Vorname: SVNr. Kasse.....

Wohnanschrift (PLZ): Gemeinde:

Straße:

Mitversichert bei: Kassa:..... SVNr.....

Personen, die im Notfall verständigt werden können:

Tel.

Tel.

Tel.

Schulweg:

zu Fuß	ja / nein *)	Zeitaufwand in Minuten:
öffentl. Verkehrsmittel	ja / nein *)	Zeitaufwand in Minuten:
Schulbus	ja / nein *)	Zeitaufwand in Minuten:

Im Katastrophenfall bleibe ich

bis zum Ende einer Katastrophensituation

in der Schule ja / nein *)

bis zum Stundenplanende in der Schule ja / nein *)

gehe / fahre nach Hause ja / nein *)

nehme die Kaliumjodid-Tablette in der Schule, wenn es von
der Gesundheitsbehörde vorgeschlagen wird ja / nein *)

Hinweise für den Schularzt bzw. für den Notarzt:

(z.B. Zuckerkrankheit, Bluter, Dauermedikamenteneinnahme etc.

.....

Blutgruppe:

.....
Datum

.....
Unterschrift

*) Zutreffendes bitte einkreisen