



Informationsblatt des Tageskinds

Name Kind: _____ Vorname: _____

Strasse: _____ PLZ/Ort: _____

Geburtsdatum: _____

Name Mutter: _____ Vorname: _____

Telefon P: _____ Telefon G: _____

Handy: _____ E-Mail: _____

Name Vater: _____ Vorname: _____

Telefon P: _____ Telefon G: _____

Wichtige Angaben

Schule / Kindergarten: _____

Name Lehrkraft: _____

Telefon P: _____ Telefon G: _____

Allergien: _____

Wurde Ihr Kind geimpft? _____

Kinderkrankheiten: _____

Kinderarzt: _____ Strasse: _____

PLZ/Ort: _____ Telefon: _____

Zahnarzt: _____ Strasse: _____

PLZ/Ort: _____ Telefon: _____

Krankenkasse: _____ Mitglieder Nr.: _____

Notfall-Tel. 1: _____ Wer? _____

Notfall-Tel. 2: _____ Wer? _____

Sanitätsnotruf	144 / 112
Tox Zentrum	145
UKBB	061 704 12 12
Ärztlicher Notfalldienst	061 261 15 15