



Wundversorgung von Kindern und Jugendlichen für den Bedarfsfall

Vorname des Kindes: _____

Nachname des Kindes: _____

Straße: _____ Nr.: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Telefon Festnetz: _____ Telefon Mobil: _____

Krankenversicherung: _____

Name des Hausarztes: _____

Mein Kind ...

- nimmt für die Erste Hilfe relevante Medikamente: _____
- hat folgende Allergien: _____
- ist gegen Tetanus geimpft: nein/nicht bekannt
 ja / wann zuletzt? _____

Weitere Hinweise: _____

Folgenden zusätzlichen Behandlungen stimme ich bereits jetzt zu:

- Wunddesinfektion (mit Wasser auswaschen, ggf. Mittel zur Desinfektion)
- Verbrennungen kühlen, Wund- und Brandgel aufbringen
- Insektenstiche mit Hitze oder Gel behandeln
- Rescue-Tropfen (Bach-Blüten-Basis) geben
- Arnica D12 – homöopathische Streukügelchen geben

- Ich bin damit einverstanden, dass mein Kind im Krankheitsfall bei Nichterreichen eines Erziehungsberechtigten in ärztliche Behandlung gegeben wird.

Unabhängig davon leisten Pädagogen die Erste Hilfe, die ihnen beim Unglücksfall erforderlich erscheint.

Diese Angaben sind freiwillig. Die Datenschutzgrundverordnung wird durch die Veranstalter beachtet.

Stuttgart, den: _____

Name und Unterschrift des Erziehungsberechtigten

Bitte ausgefüllt bei einem Pädagogen abgeben.