

## Datenblatt zur Vorbereitung auf einen medizinischen (Not-)Fall

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

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Telefonnummer(n) \_\_\_\_\_

Email-Adresse(n) \_\_\_\_\_

Name Kinderarzt \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Impfungen \_\_\_\_\_

*(voller Impfschutz?)* \_\_\_\_\_

Blutgruppe \_\_\_\_\_

Allergien \_\_\_\_\_

Sonstiges \_\_\_\_\_

*(z.B. Unverträglichkeiten)* \_\_\_\_\_

---

*Ort, Datum, Unterschrift(en)*

## **Einverständniserklärung zur Vorbereitung auf einen medizinischen (Not-)Fall**

Hiermit erkläre(n) ich mich/wir uns damit einverstanden, dass die Betreuer/innen des Flohzirkus in einem medizinischen (Not-)Fall unten aufgeführte Maßnahmen bei meinen/unseren Kindern

---

Name, Vorname des ersten Kindes, Geburtsdatum

---

Name, Vorname des zweiten Kindes, Geburtsdatum

ausführen dürfen:

erste Versorgung von Verletzungen und Wunden (z.B. Reinigung, Desinfektion, Anlegen von Pflastern und Verbänden)

Begleitung zu unaufschiebbaren Arztbesuchen und/oder ins Krankenhaus

Begleitung im Rettungsfahrzeug

erste Versorgung mit Medikamenten (Salben gegen Insektenstiche, Sonnenbrand etc.)

Gabe von Kohle-Compretten zur Verhinderung der Resorption bei oralen Vergiftungen

(bitte Zutreffendes ankreuzen)

Ich/wir verpflichte(n) mich/uns hiermit, bestehende Allergien gegen Medikamente oder Unverträglichkeit von Heilmitteln mitzuteilen. Das Datenblatt zur Vorbereitung auf einen medizinischen (Not-)Fall habe(n) ich/wir nach bestem Wissen und Gewissen vollständig ausgefüllt.

---

*Ort, Datum, Unterschrift(en)*