



Individualisierte Teilausbildungen & Arbeitsintegration für Jugendliche mit Behinderungen

Obere Donaustraße 21, 1020 Wien, Tel: 01/3360036 Fax: DW - 199 email: office@ita.or.at
Expositur Praxis: Hochwaldstraße 37/2, 2230 Gänserndorf, Tel: 02282/799 50 Fax: DW - 299
email: office.gaenserndorf@ita.or.at, www.ita.or.at

NOTFALLSBLATT

ANGABEN ZUM/ZUR SCHÜLERIN

Gruppe:..... Arbeitsjahr:

Vor- und Nachname:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

Festnetz:..... Mobil:.....

Geb.:..... Staatsbürgerschaft:.....

Eigene Vers.Nr.:..... Krankenkasse:

Mitversichert bei:..... Vers.Nr.:

ANGABEN ZU ELTERN UND SONSTIGEN BEZUGSPERSONEN

Name Mutter:.....

Beruf:..... Telefon privat:.....

Mobil:..... Telefon dienstlich:.....

Name Vater:

Beruf:..... Telefon privat:.....

Mobil:..... Telefon dienstlich:.....

Gesetzliche/r VertreterIn / SachwalterIn / BezugsbetreuerIn (Name, Adresse, Telefon):

.....

.....

ANGABEN ZU MEDIZINISCHEN DATEN

Aktuelle Diagnosen / Krankheiten:.....

Aktuelle Medikation (Selbsteinnahme):.....

Epileptische Anfälle: Nein Ja Letzter Anfall am:

Anfallsmedikament/e:.....

(Muss zu Beginn des Schul- bzw. Arbeitsjahres mit Name und Verabreichungsart beschriftet in der Schule und am Praxisstandort abgegeben werden.)



Individualisierte Teilausbildungen & Arbeitsintegration für Jugendliche mit Behinderungen

Obere Donaustraße 21, 1020 Wien, Tel: 01/3360036 Fax: DW - 199 email: office@ita.or.at
Expositur Praxis: Hochwaldstraße 37/2, 2230 Gänserndorf, Tel: 02282/799 50 Fax: DW - 299
email: office.gaenserndorf@ita.or.at, www.ita.or.at

Blutgruppe: Allergien:

Alle aktuellen oder / und chronischen Krankheiten, Gebrechen, Beeinträchtigungen, die u.U. den/die Teilnehmer/in selbst oder andere gefährden könnten, wie Bluterkrankheit, erhöhte Knochenbrüchigkeit, HIV positiv, Anfälle, chron. Hepatitis, Zustand nach OPs, Bauchdeckenbrüche, Herzschwäche, Allergien, schwere Skoliose etc:

.....
.....
.....

Letzte Tetanusimpfung:..... Letzte FSME-Impfung:.....

Sonstige noch wirksame Impfungen:

Durchgemachte Kinderkrankheiten:

.....

Medizinisch-technische Hilfen:

.....

.....

BEHANDELNDER ARZT

Vor- und Nachname, Adresse, Telefon:

.....

.....

SONSTIGES

.....

.....

.....

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift TeilnehmerIn / ges. VertreterIn