



## Formular Erkrankungen/Allergien

Name des Jugendretters/der JugendRetterin: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Erkrankungen: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Allergien: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Benötigte Medikamente: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Hiermit erteile ich der Jugendleitung oder anderen Mitarbeitern der Rettungsambulanz Gotha die Erlaubnis, bei einem medizinischen Notfall meines Kindes dieses Dokument an weiterbehandelndes Personal auszuhändigen und weitere notfallmedizinische Maßnahmen entsprechend des Notfallbildes einzuleiten.:**

Name, Datum und Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Bei einem medizinischen Notfall Ihres Kindes werden Sie umgehend von der Jugendleitung informiert!**