

# Checkliste für Notfälle

## NOTRUF 112

- **Wo** ist das Ereignis
- **Wer** ruft an?
- **Was** ist geschehen?
- **Wie viele** Betroffene?
- **Warten auf Rückfragen!**

Informationen für den Notfall:

### Tagespflegeperson

Name \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tel. (Festnetz): \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

**Name(n)**  
**des Kindes/ der Kinder** \_\_\_\_\_, geb. am \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, geb. am \_\_\_\_\_

### Personensorgeberechtigte/r

Kindsmutter oder  \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tel. (Festnetz): \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

Kindsvater oder  \_\_\_\_\_

Name : \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tel. (Festnetz): \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

Für den Fall, dass der/die Sorgeberechtigten nicht erreicht werden können, dürfen im Notfall folgende Personen kontaktiert werden:

Name: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Krankenkasse des Kindes: \_\_\_\_\_

Name des (Kinder-)Arztes: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

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

Chronische Erkrankung: \_\_\_\_\_

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

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Hiermit bestätige/bestätigen ich/wir, dass diese Checkliste an den betreuenden Arzt herausgegeben werden darf.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Tagespflegeperson

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Sorgeberechtigte(r)