Hinweise zu diesem Formular

Scheffold-Gymnasium

Liebe Eltern,
um bei einer etwaigen allergischen Reaktion möglichst rasch und angemessen reagieren zu können, bitten wir Sie diesen Notfallplan alleine oder ggf. zusammen mit Ihrem behandelnden Arzt auszufüllen. Die hier enthaltenen Informationen werden dann im Notfallordner der Schule hinterlegt. Bitte füllen Sie den Plan auch aus, wenn bislang keine Allergien bekannt sind.

ALLERGIE-NOTFALLPLAN

Für _____ _____ _____
Name, Vorname des Kindes | Geburtsdatum | Klassenlehrer/-in

Mein Kind ist Allergiker ☐ Ja ☐ Nein
Asthmatiker (erhöhtes Risiko heftiger Reaktionen) ☐ Ja ☐ Nein

Bekannte allergische Reaktionen auf: _____

ANZEICHEN EINER STARKEN ALLERGISCHEN REAKTION

Organ:	**Symptome:**
Mund:	Juckreiz und Schwellung von Lippen, Zunge oder Mund
Rachen:	Juckreiz und/oder Engegefühl im Rachen, Heiserkeit und „bellender“ Husten
Haut:	Kribbeln und Brennen an Handflächen und Fußsohlen, Quaddeln, juckender Hautausschlag und/oder Schwellungen im Gesicht oder an den Extremitäten
Darm:	Übelkeit, Bauchkrämpfe, Erbrechen und/oder Durchfall
Lunge:	Kurzatmigkeit, wiederholtes Husten und/oder pfeifende Atmung
Herz:	„Fadenförmiger Puls“, „unregelmäßiger Puls“

Alle diese Symptome können zu einer lebensbedrohlichen Situation führen!

Sollte es zu einem dieser Symptome kommen, bitte folgende Medikamente unverzüglich verabreichen:

_____ _____ _____
1. Medikament | Dosis | Art der Verabreichung

_____ _____ _____
2. Medikament | Dosis | Art der Verabreichung

_____ _____ _____
3. Medikament | Dosis | Art der Verabreichung

Behandelnder Arzt im Notfall erreichbar unter Telefonnummer: _____

Im Notfall zu benachrichtigende Angehörige:

1. _____ Tel: _____

2. _____ Tel: _____

_____ _____
Ort, Datum | Unterschrift Erziehungsberechtigte(r)

_____ _____
Ort, Datum | Ggf. Unterschrift des behandelnden Arztes