

## Kontaktdaten (SARS-CoV-2 Kinder und obsorgeberechtigte Personen)

|   |                            |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|----------------------------|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Klasse:   | Sozialversicherungsnummer: |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Vorname des <b>Kindes</b> :   | Nachname:                  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Geb. Datum:   | Geschlecht:                |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Handynummer des Kindes:   |                            |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| E-Mailadresse des Kindes:   |                            |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> |                            |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |                            |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Adresse:  |                            |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Straße:   | Postleitzahl:              | Ort: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Allergie/Unverträglichkeit gegen (+Schweregrad)   |                            |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Tetanus geimpft am:   |                            |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

### Daten der obsorgeberechtigten **Person 1** (z. B. Mutter)

|   |               |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|---------------|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Sozialversicherungsnummer:  |               |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Vorname:  | Nachname:     |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Geb. Datum:   | Geschlecht:   |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Handynummer:  |               |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| E-Mailadresse:  |               |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> |               |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |               |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Adresse:  |               |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Straße:   | Postleitzahl: | Ort: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

### Daten der obsorgeberechtigten **Person 2** (z. B. Vater)

|   |               |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|---------------|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Sozialversicherungsnummer:  |               |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Vorname:  | Nachname:     |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Geb. Datum:   | Geschlecht:   |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Handynummer:  |               |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| E-Mailadresse:  |               |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> |               |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |               |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Adresse:  |               |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Straße:   | Postleitzahl: | Ort: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Weitere im Notfall zu verständigende Personen (siehe Rückseite)

**Im Notfall zu verständigende Personen:**

**PERSON 3**

|                                   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
|-----------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <b>Sozialversicherungsnummer:</b> |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| <b>Vorname:</b>                   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      | <b>Nachname:</b>     |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| <b>Geb. Datum:</b>                |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      | <b>Geschlecht:</b>   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| <b>Handynummer:</b>               |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| <b>E-Mailadresse:</b>             |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| <input type="text"/>              | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <b>Adresse:</b>                   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| <b>Straße:</b>                    |                      |                      |                      |                      |                      | <b>Postleitzahl:</b> |                      |                      |                      |                      |                      | <b>Ort:</b>          |                      |                      |                      |                      |                      |

**PERSON 4**

|                                   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
|-----------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <b>Sozialversicherungsnummer:</b> |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| <b>Vorname:</b>                   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      | <b>Nachname:</b>     |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| <b>Geb. Datum:</b>                |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      | <b>Geschlecht:</b>   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| <b>Handynummer:</b>               |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| <b>E-Mailadresse:</b>             |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| <input type="text"/>              | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <b>Adresse:</b>                   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| <b>Straße:</b>                    |                      |                      |                      |                      |                      | <b>Postleitzahl:</b> |                      |                      |                      |                      |                      | <b>Ort:</b>          |                      |                      |                      |                      |                      |

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_