



## Notfallplan bei allergischem Schock

Name des Kindes: ..... Geb.Datum: ..... Lehrer: .....

Allergische Reaktion auf: .....

Asthmatiker? ☒ JA (hohes Risiko schwerer Reaktionen) ☐ NEIN

→ Zeichen 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“

**Die Heftigkeit der Symptome macht ein schnelles Handeln notwendig.**

**Alle diese Symptome können zu einer lebensbedrohlichen Situation führen.**

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

Medikament	Dosis	Art der Verabreichung

	/		/	
<u>Medikament</u>		<u>Dosis</u>		<u>Art der Verabreichung</u>

	/		/	
<u>Medikament</u>		<u>Dosis</u>		<u>Art der Verabreichung</u>

Notruf Rettungsdienst: .....

Arzt im Notfall erreichbar unter: .....



## Notfallplan bei allergischem Schock

Zögern Sie nicht, die angegebenen Medikamente zu verabreichen oder den Rettungsdienst zu rufen, wenn Sie die Eltern oder den behandelnden Arzt nicht erreichen.

.....  
Unterschrift der Eltern                      Datum                      Unterschrift des Arztes                      Datum

### → Kontaktaufnahme im Notfall

1. ....  
..... / .....  
Angehörige                      Telefon
2. ....  
..... / .....  
Angehörige                      Telefon

### → Geschultes Personal in der Schule

1. .... Raum .....
2. .... Raum .....