

Wir benötigen diesen Gesundheitsbogen, um in einem Notfall eine optimale ärztliche Versorgung sicherzustellen. Deshalb bitten wir um eine sorgfältige Beantwortung dieses Gesundheitsbogens! Die Informationen werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Angaben zur Person:

Name des Kindes:	Geb.- Datum:
Anschrift:	Tel.:

Name/Ort der zuständigen **Krankenkasse:**

Name des Hauptversicherten:

Geburtsdatum des Hauptversicherten:

Name und Anschrift des **Hausarztes:**

.....

Wenn bekannt, welche **Blutgruppe** hat Ihr Kind:

Folgende Schutzimpfungen wurden vorgenommen:

Tetanus (wann zuletzt): Röteln:

COVID 19: nein ja (bitte Nachweis vorlegen)

Welche **Kinderkrankheiten** hatte Ihr Kind:

Masern Röteln Windpocken

Mumps Scharlach Keuchhusten

Mein Kind hat folgende **Krankheiten/ Allergien** (z.B. Asthma):

Medikamentenallergie.....

Nahrungsmittelallergie.....

Pflaster.....

Insektenstiche.....

Sonstiges.....

Weitere Besonderheiten in Bezug auf **Lebensmittel:**

vegetarisch vegan Sonstiges:

.....

.....

.....



bitte wenden! →

Bei einer verordneten Medikamenteneinnahme bitten wir um eine Bescheinigung des behandelnden Arztes!

Es müssen folgende **Medikamente** zwischen 08.00 Uhr und 16.00 Uhr

eingenommen werden: um Uhr
..... um Uhr
..... um Uhr

Es müssen folgende **Medikamente** bei Bedarf eingenommen werden:

.....
.....
.....
.....
.....

Folgende gesundheitliche Einschränkungen sind bekannt (z.B. Brillenträger, (alte) Knochenbrüche, Bänderverletzungen, Schwerhörigkeit etc.):

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Mein Kind ist: Schwimmer Nichtschwimmer

Sonstiges:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.
Änderungen oder Ergänzungen zu den
eingetragenen Informationen teile ich umgehend mit.

.....

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r