

4. Gesundheitsfragebogen

Name des Kindes: _____

Geboren am: _____

Adresse: _____

Krankenversichert bei: _____

Name des Mitglieds: _____

Geb. Dat. des
Mitglieds: _____

Erziehungsberechtigte/ r : _____

Tel.:/ Mobil Nummer: _____

Arbeitgeber
des Mitglieds: _____

Krankenkassen Karte gebe ich meinem Kind mit.

Leidet Ihr Kind an einer chronischen Erkrankung (z.B. Asthma)? Ja Nein
Wenn ja, welche? _____

Ist Ihr Kind Allergiker? Ja Nein
Wenn ja, wogegen? _____

Hat Ihr Kind eine Lebensmittelunverträglichkeit? Ja Nein
Wenn ja, wogegen? _____

Muss Ihr Kind regelmäßig Medikamente einnehmen? Ja Nein
Wenn ja:

Medikament:	Wie oft?:	Zu welcher Zeit?

Die notwendigen Medikamente und die dazugehörige Einnahme Information gebe ich am Bus an die Betreuer ab.

Ich gestatte den Betreuern im Falle, eines Zeckenbisses, diese mit einer Zeckenzange zu entfernen. Ggf. Mit Octentisept zu Desinfizieren. Sollte es zu Komplikationen kommen suchen wir einen entsprechenden Arzt auf. Ja Nein

Mit einer kurzfristigen, notwendigen Operation erkläre ich mich, nach vorheriger Absprache, einverstanden.

.....

Datum/ Unterschrift Erziehungsberechtigten