

Gesundheitsfragebogen

Um im Notfall besser und schneller reagieren zu können, ist es notwendig, dass wir einige Informationen über Ihr Kind erhalten. Die Angaben werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt. Bitte füllen Sie den Fragebogen vollständig aus, damit im Notfall keine Missverständnisse entstehen.

NAME DES KINDES:

GEBURTSDATUM:	BLUTGRUPPE (FALLS BEKANNT):
---------------	--------------------------------

MEIN KIND IST KRANKENVERSICHERT BEI:

Ernährung

Vollkost Vegetarisch Vegan

Lebensmittelunverträglichkeiten JA NEIN

↳ WENN JA, WELCHE (UND MÖGLICHE REAKTIONEN/FOLGEN):

Allergien (Allergiepass, wenn vorhanden, bitte als Kopie beilegen)

Besonders Licht-/Sonnenempfindlich JA NEIN

Heuschnupfen JA NEIN

Insektenallergie JA NEIN

BITTE JEWEILS MÖGLICHE REAKTIONEN/FOLGEN, SOWIE SONSTIGE ALLERGIEN BESCHREIBEN:

Medikamente

Mein Kind nimmt regelmäßig Medikamente JA NEIN

Mein Kind benötigt dabei Hilfe JA NEIN

↳ Falls ja, bitte bei der Abfahrt mit Erklärung zur Einnahme bei uns abgeben. Wir unterstützen dann Ihr Kind bei der regelmäßigen Einnahme.

Fallen diese Medikamente unter das Betäubungsmittelgesetz? JA NEIN

↳ Falls ja, Bescheinigung des behandelnden Arztes beilegen!

Ich erlaube die Verabreichung von homöopathischen und freiverkäuflichen Medikamenten und Salben (z. B. Fenistil, Aspirin, Ibuprofen, etc.) JA NEIN

Schutzimpfungen

Tetanus / Wundstarrkrampf JA NEIN

Zecken (FSME) JA NEIN

Telefonnummern Bzw. Handynummern unter denen Sie im Notfall zu erreichen sind. Die erstgenannte Nummer verwenden wir außerdem für die Telefonkette:

TEL.:	VON:
-------	------

TEL.:	VON:
-------	------

TEL.:	VON:
-------	------

Notfall

Ich nehme zur Kenntnis, dass ärztliche Maßnahmen wie lebensrettende operative Eingriffe oder Schutzimpfungen, die vom hinzugezogenen Arzt für dringend erforderlich erachtet werden bei meinem Kind im gegebenen Fall vorgenommen werden.

Ich erkläre, dass unser Kind nach unserem Wissen frei von ansteckenden Krankheiten ist.

Sonstiges

Röntgenerlaubnis JA NEIN

Zecken-Entfernung durch Leiter JA NEIN

SONSTIGE WICHTIGE MEDIZINISCHE UND ANDERE HINWEISE (KRANKHEITEN, BETTNÄSSEN, BRILLENTRÄGER, ZAHNSPANGE, HÖRGERÄT ODER ÄHNLICHES):

Unternehmungen

Mein Kind darf sich in 3er-Gruppen unbeaufsichtigt bewegen JA NEIN

Mein Kind kann sicher schwimmen JA NEIN

Mein Kind darf in 3er-Gruppen unbeaufsichtigt schwimmen JA NEIN

Alle Angaben in diesem Fragebogen habe ich nach bestem Wissen und Gewissen gemacht.

DATUM UND UNTERSCHRIFT EINES ERZIEHUNGSBERECHTIGTEN