



Gesundheitsbogen

Liebe Eltern,

damit wir bei medizinischen Notfällen schnell, und vor allem richtig, reagieren zu können, ist es wichtig, die Krankheiten Eurer Kinder zu kennen. Wir bitten Euch, diesen Gesundheitsbogen vollständig ausgefüllt den Gruppenleitern Eurer Kinder mitzugeben. Alle Angaben werden natürlich streng vertraulich behandelt. Vielen Dank für Eure Mithilfe!

Angaben zum Kind

Familienname	Vorname	Geburtsdatum
Anschrift		Telefon

Angaben zum Versicherungsträger

Versicherter (Vor- und Zuname)	Krankenkasse
Anschrift in der Zeit von Unternehmungen (z.B. Arbeit, Großeltern, ...)	Telefon (Arbeit, Großeltern, ...)
	Mobiltelefon

Wir bitten Euch, diesem Schreiben eine Kopie des Impfpasses beizulegen. Achtet bitte darauf, dass Eure Kinder stets gegen Tetanus und FSME geimpft sind.

Ich bestätige die Richtigkeit der angegebenen Daten und erkläre mich hiermit einverstanden, dass im akuten Notfall notwendige Operationen, Injektionen oder sonstige medizinische oder therapeutische Maßnahmen an meinem Kind durchgeführt werden dürfen.

Ort, Datum

Unterschrift der Erziehungsberechtigten





Medizinische Daten

Impfungen

	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Datum der letzten Impfung
Diphtherie	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	
Tetanus	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	
Keuchhusten	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	
Kinderlähmung	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	
FSME	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	
Hepatitis A + B	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	
Meningokokken	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	

Krankheiten

Mein Kind hatte folgende Krankheiten:

<input type="checkbox"/>	Allergie	
<input type="checkbox"/>	Asthma	
<input type="checkbox"/>	Diabetes	
<input type="checkbox"/>	Epilepsie	
<input type="checkbox"/>	Masern	Jahr
<input type="checkbox"/>	Mumps	Jahr
<input type="checkbox"/>	Röteln	Jahr

Leichte Medikamente

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meinem Kind Salben (Mückenstiche, Brandsalbe, ...) und leichte Medikamente (Aspirin, Magnesium, ...) gegeben werden dürfen:

Ja Nein

Badeaktionen

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass mein Kind an beaufsichtigten Badeaktionen teilnehmen darf:

Ja Nein

Er/Sie ist Schwimmer Nichtschwimmer

Mein Kind...

hat Besonderheiten wie Spange oder Brille,...
muss folgende Dauermedikamente einnehmen (<i>Dosis und Zeitpunkt</i>)
leidet an folgenden chronischen Erkrankungen (<i>auch Knochenbrüche</i>)
darf bei folgenden Sportarten nicht teilnehmen
darf folgende Lebensmittel nicht zu sich nehmen

