

Gesundheitszettel

Name: Vorname: Geb. am:

Ist der/die Teilnehmer/in gegen Tetanus geimpft? Wenn ja: Wann?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Unser Kind hatte bisher folg. Kinderkrankheiten:	

Allergische oder andere ungewöhnliche Reaktionen auf ...	
... Insektenstiche?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
... Viel Sonne oder Hitze? (z. B. "Sonnenallergie")	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
... Pollenflug o. ä. ("Heuschnupfen")	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
... Nahrungsmittel? Wenn Ja: Welche?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
... Medikamente? Wenn Ja: Welche?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Sonstige Allergien Welche?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein

Sonstige Angaben zur Gesundheit und Besonderheiten	
Besondere Neigung zu Kopfschmerzen?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Brillen Träger bzw. Sehbeschwerden?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Ohrenprobleme?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Schlafstörungen?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Nichtschwimmer?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
WICHTIG Wenn das Kind nicht sicher schwimmen kann, bitte Schwimmflügel mitschicken!	

Besondere Hinweise z.B. Essen, Blasenschwäche usw.
--

Nimmt das Kind regelmäßig Medikamente ein?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Das Kind nimmt seine Medikamente selbst ein.	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Das Betreuungsteam erhält die Medikamente und sorgt für die Einnahme:	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Medikamente:	Einnahmezeitpunkt:
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Krankenkasse:
Name des Versicherungsnehmers:
Versicherungs-Nummer:

Ich bin damit einverstanden, dass ärztliche Maßnahmen, wie lebensrettende Operationen oder Schutzimpfungen, die von einem hinzugezogenem Arzt für dringend erforderlich gehalten werden oder notwendige Sofortmaßnahmen an meine/r/m Sohn/Tochter vorgenommen werden dürfen, wenn eine Rücksprache nicht mehr möglich sein sollte.
--

Ort, Datum

Unterschrift eines Erziehungsberechtigten

Ich bestätige mit meiner Unterschrift die Richtigkeit der vorgenannten Angaben und die Einwilligung der obenstehenden Vereinbarungen.