

GESUNDHEITSBOGEN

1/2

(Ausschließlich zur Information der verantwortlichen Leiter und des Arztes am Lager)

Familienname des Kindes:
Vorname des Kindes:
Wohnadresse:
Geburtsdatum:
Telefonnummer:
Mitversichert bei (incl. Geburtsdatum):
Sozialversicherungsnummer:

Im **NOTFALL** während des Lagers zu verständigen

Familienname:
Vorname:
Wohnadresse:
Telefonnummern: privat:
Arbeit:
Handy:
sonst.:

Mein Kind kann schwimmen:	JA []	Nein []
Bei meinem Kind besteht Impfschutz gegen Tetanus:	JA []	Nein []
Bei meinem Kind besteht Impfschutz gegen FSME (Zecken)	JA []	Nein []

Krankheitsgeschichte:

Bereits durchgemachte <u>(Kinder)Krankheiten</u> (die wichtigsten, Zeitraum angeben):
durchgeführte <u>Operationen</u> (bitte Zeitraum angeben):



GESUNDHEITSSBOGEN

2/2

<p><u>Chronische Krankheiten</u> (Asthma, etc. ...):</p>
<p>Ist eine <u>regelmäßige</u> <u>Medikamenteneinnahme</u> erforderlich (mein Kind hat die nötigen Medikamente selbst mit), bitte genaue Dosierung angeben:</p>
<p>Bekannte <u>Allergien</u> oder andere <u>Unverträglichkeiten</u> (Bienen – Wespen, Nahrungsmittel, Medikamente, Tiere, Pflanzen, etc. ...):</p>
<p><u>Besondere Rücksichtnahme</u> <u>auf mein Kind</u> ist aus folgenden Gründen erforderlich (Wirbelsäulenschäden, Schlechtwerden beim Autofahren, etc. ...):</p>
<p>Gibt es einen <u>ärztlichen Ansprechpartner</u>: Name: Telefonnummer:</p>

Für die Richtigkeit der Angaben:

Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten

