

Gesundheitsfragebogen

Name, Vorname: _____ Geb.: _____

1) Mein Kind hat besondere Reiseempfindlichkeiten?

wenn ja: sind Tabletten nötig?
wenn ja:

- ja nein
 ja nein
 Tabletten werden selbst eingenommen
 Tabletten werden vorher dem Betreuer ausgehändigt

2) Ungewöhnliche Reaktionen auf Insektenstiche?

wenn ja,
welche?: _____

- ja nein

3) Kreislaufbeschwerden?

wenn ja,
welche?: _____

- ja nein

4) Herzerkrankungen?

wenn ja,
welche?: _____

- ja nein

5) Atembeschwerden/Lungenkrankheiten?

wenn ja,
welche?: _____

- ja nein

6) Nahrungsmittelunverträglichkeit?

wenn ja,
welche?: _____

- ja nein

7) Medikamentenunverträglichkeiten?

wenn ja,
welche?: _____

- ja nein

8) Allergien?

wenn ja,
welche?: _____

- ja nein

9) Regelmäßige Medikamenteneinnahme?

- ja nein

Name des Medikaments: _____ Dosis: _____

Name des Medikaments: _____ Dosis: _____

Name des Medikaments: _____ Dosis: _____

10) Mein Kind nimmt das Medikament selbstständig ein? ja nein
(Bitte den Betreuer am Treffpunkt zusätzlich informieren)

11) Ich händige die Medikamente den Betreuern aus und diese sorgen für die regelmäßige Einnahme? ja nein
(Bitte den Betreuer am Treffpunkt zusätzlich informieren)

12) Ich erlaube die Verabreichung von frei verkäuflichen und homöopathischen Medikamenten und Salben laut Packungsbeilage des Herstellers (z.B. Fenistil, Paracetamol, Halsschmerztabletten). ja nein

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

14) Mein Kind ist krankenversichert

über _____

bei _____

15) Mein Kind ist Vegetarier? ja nein

16) Meine Telefonnummern unter denen ich zu erreichen bin:

17) Sonstiges:

(Ort, Datum)

(Unterschrift eines Erziehungsberechtigten)