

# Gesundheitlicher Fragebogen

Name: ..... Vorname: .....

Anschrift: ..... Geburtsdatum: .....

Krankenkasse: .....

**Impfungen: Tetanus** (Datum der letzten Impfung): .....

**Weitere Impfungen:**     Diphtherie                       Keuchhusten                       Masern                       Zeckenschutz  
                                  Röteln                                       Mumps                                       Kinderlähmung

**Sonstige Impfungen:** .....

Wir empfehlen den Impfausweis oder Kopie dessen beim Leiter zu hinterlegen!

---

## **Gebrechen oder Krankheiten:**

Epilepsie, Asthma, Rheuma usw.: .....

Vorgehensweise im Notfall: .....

## **Regelmäßig einzunehmende Medikamente und Dosierung:**

(Medikament, Erkrankungsart, Zeitpunkt der Einnahme, Art der Einnahme)

.....



**Bitte Medikamentenverordnung vom Arzt ausfüllen lassen! Originalverpackung des Medikamentes sowie Beipackzettel unbedingt mitgeben! Halten Sie bitte Rücksprache mit dem Leiter, bezüglich Einnahme und Dosierung des Medikamentes!**

**Allergien** (Medikamentenunverträglichkeit, Nahrungsmittelunverträglichkeit, Kontaktallergie, etc.):

.....

**Bitte Umgang mit der Allergie mit dem Leiter abklären!**

## **Größere Operation/en, frühere schwere Erkrankungen:**

.....

.....

## **Name, Adresse und Telefon des Hausarztes:**

.....

**Im Notfall soll benachrichtigt werden:** (Name, Telefon und Handynummer)

.....



Den gesundheitlichen Fragebogen habe/n ich/wir ausgefüllt. Ich/Wir bevollmächtige/n hiermit den im Dringlichkeitsfall an Ort und Stelle hinzugezogenen Arzt im Notfall alle wichtigen Entscheidungen für die Gesundheit meines/unseres Kindes zu treffen.

## **Für die Richtigkeit:**

.....  
Ort, Datum

.....  
**Unterschrift** der Erziehungsberechtigten/ des Erziehungsberechtigten;  
Teilnehmerin/ des Teilnehmers (bei über 18-jährigen)