

Gesundheitsbogen

Name des Kindes: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Geburtsdatum: _____

Bei Notfällen verständigen Sie bitte:

Privatadresse der bzw. des Erziehungsberechtigten

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

PLZ, Wohnort: _____

Telefon, privat: _____

Telefon, dienstl.: _____

Mobil: _____

E-Mail: _____ (wenn vorhanden)

Bin ich/Sind wir nicht zu erreichen benachrichtigen sie bitte Ersatz-Anschrift (z.B. Großeltern):

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

PLZ, Wohnort: _____

Telefon, privat: _____

Telefon, dienstl.: _____

Mobil: _____

E-Mail: _____ (wenn vorhanden)

Er/Sie ist in diesem Fall auch berechtigt, die Aufsichtspflicht zu übernehmen.

Ich/Wir erlaube/n, dass mein/unser Kind am Baden in einer geschlossenen Badeanstalt oder an einem durch Rettungsschwimmer beaufsichtigten See/Strand/Fluss teilnimmt.

ja nein

Mein/unser Kind ist Schwimmer / Nichtschwimmer und hat folgendes Schwimmbzeichen
_____ erworben

Mir/Uns ist bekannt, dass mein/unser Kind vorzeitig nach Hause geschickt werden kann, wenn Ihr/sein Verhalten oder bewusste Fehlinformation der Eltern den ordnungsgemäßen Ablauf der Ferienfreizeit gefährdet. In diesem Fall sind alle anfallenden Kosten (auch für den begleitenden Betreuer) von mir/uns unverzüglich zu erstatten.

Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass mein/unser Kind tagsüber ohne Begleitung eines Betreuers, aber in Gruppen von mindestens drei Teilnehmern den Lagerplatz verlassen darf.

Mein/unser Kind darf während des Lagers in Privat-PKW mitfahren.

Bei meinem/unserem Kind sind besondere Auffälligkeiten zu beachten: (Schlafwandeln, Bettnässen, ADS, oder ähnliches):

Wünsche oder Bemerkungen besonderer Art (z.B. vegetarische Ernährung):

Bitte geben Sie bei der Lagerleitung oder dem Gruppenleiter die Krankenversichertenkarte ihres Kindes (ggf. Auslandskrankenschein) und den Impfpass (auch Kopie) vor der Fahrt ab.

Mein/unser Kind wurde zuletzt am _____ gegen Tetanus und am _____ gegen FSME (Zecken) geimpft.

Hausarzt/Kinderarzt:

Name: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Bestehende / akute / chronische Krankheiten / Allergien oder andere Besonderheiten: (z.B. Asthma, Diabetes, Epilepsie (Fallsucht), Nahrungsmittelunverträglichkeiten, Trommelfellschäden, Herzfehler, etc.):

Mein/Unser Kind benötigt zur Zeit folgende(s) Medikament(e):

Gebrauchsanweisung:

Mein/Unser Kind wird diese Medikamente selbstständig einnehmen.

Ja Nein

Ich erlaube/Wir erlauben die Verabreichung von frei verkäuflichen und homöopathischen Medikamenten und Salben lt. Packungsbeilage des Herstellers.

Ja Nein

Ich/Wir nehmen 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.

Wir erklären, dass unser Kind nach unserem Wissen frei von ansteckenden Krankheiten ist.

Sonstige wichtige medizinische oder andere Hinweise:

Ort/Datum

Unterschrift sämtlicher Erziehungsberechtigter