

Blatt zur Gesundheitsinformation

Name u. Vorname des Kindes: _____

Klasse: _____

Krankenversicherung: _____

Versicherungsnummer: _____

Telefonnummer der Eltern (permanente Erreichbarkeit):

Festnetz: _____

Mobil: _____

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an, ggf. mit zusätzlichen Informationen.

	NEIN	JA	Zusatzinformationen
Mein Sohn / meine Tochter leidet unter dauerhaften gesundheitlichen Beeinträchtigungen (z.B. Allergien)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Art:	
Mein Sohn / meine Tochter <u>muss</u> <u>regelmäßig</u> Medikamente einnehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Name des Medikaments:	Häufigkeit der Einnahme:
Mein Sohn / meine Tochter <u>darf</u> bestimmte Arzneimittel <u>nicht</u> einnehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Name des Medikaments:	
Mein Sohn / meine Tochter hatte vor kurzem einen operativen Eingriff bzw. eine Erkrankung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Folgende Einschränkungen sind zu beachten.
Eigene Ergänzungen:			

Ort, Datum

Unterschrift eines Erziehungsberechtigten