

Name (des Kindes): \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Name, Vorname des Hauptversicherten und Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

**Im Notfall bitte folgende Personen benachrichtigen:**

1. Person Telefon, Handy: \_\_\_\_\_

2. Person Telefon, Handy: \_\_\_\_\_

Hausarzt Adresse, Nummer: \_\_\_\_\_

**Medikamente - Was muss Wann und Wieviel eingenommen werden? Kontrolle und Verabreichung durch Betreuer?**

Was	Morgens	Mittags	Abends	Nachts	Kontrolle durch Betreuer	Verabreichung durch Betreuer
					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Mein Kind darf die o.g. Medikamente selbstständig einnehmen  ja  nein

**Gesundheitsfragen:**

1. Mein Kind muss eine Zahnsperre tragen  ja  nein
2. Mein Kind hat eine Zeckenschutzimpfung  ja  nein
3. Mein Kind kann schwimmen  ja  nein
4. und erhält die Badeerlaubnis  ja  nein
5. Mein Kind hat eine Behinderung  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

6. Mein Kind hat folgende Allergien/Lebensmittelunverträglichkeiten:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

7. Operationen in den letzten 12 Monaten  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

8. Krankenhausaufenthalte in den letzten 12 Monaten  ja  nein

Warum? \_\_\_\_\_

