

# Gesundheitsbogen

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_  
Postleitzahl: \_\_\_\_\_  
Ort: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_  
Telefaxnummer: \_\_\_\_\_  
Handy: \_\_\_\_\_  
e-Mail: \_\_\_\_\_  
Krankenkasse: \_\_\_\_\_  
Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

Liebe Eltern,

bitte füllen Sie diesen Gesundheitsbogen vollständig aus und geben ihn zu Beginn der Freizeit ab. Sie helfen damit uns, Sanitätern oder Ärzten im Krankheitsfall schnell die richtigen Maßnahmen einzuleiten.

## Krankheiten:

	nein	ja	wann?		nein	ja	seit wann ?
Masern:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Heuschnupfen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Röteln:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Herzfehler:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Windpocken:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Epilepsie:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Keuchhusten:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Diabetes:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Scharlach:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Bluter:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Mumps:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	andere:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Mittelohrentzündung:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	wenn ja, welche ?	_____		
Bronchitis:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____				

## Impfungen:

	nein	ja	wann ?	gültig bis ?	andere vorhandene Impfungen:
Tetanusimpfung:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Diphtherieimpfung:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Zeckenschutzimpfung:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____

## Allergien:

nein ja wenn ja, welche ?  
  \_\_\_\_\_

Werden zur Zeit Medikamente eingenommen ?

nein ja wenn ja, welche und in welcher Dosierung ?  
  \_\_\_\_\_

Bitte geben Sie Ihrem Kind unbedingt **den Impfpaß, die Packungsbeilage der einzunehmenden Medikamente und die Versichertenkarte der Krankenkasse** mit !

**Bitte keinesfalls andere Medikamente als oben angegeben mitgeben !**

Wir erklären uns damit einverstanden, daß alle notwendigen ärztlichen Maßnahmen durchgeführt werden dürfen !  
Selbstverständlich werden wir Sie in einem solchen Fall unverzüglich informieren !

Mit der Unterschrift bestätigen wir die Richtigkeit und die Vollständigkeit der gemachten Angaben !

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift eines Erziehungsberechtigten