

## Gesundheitsfragebogen – Dein Trip nach...

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.: \_\_\_\_\_

Mein Kind ist krankenversichert über (Name des Vaters /Mutter) \_\_\_\_\_

Geburtsdatum (Vater/Mutter) \_\_\_\_\_ bei \_\_\_\_\_

Unter folgender Telefonnummer sind wir erreichbar: \_\_\_\_\_

**1) Mein Kind trägt Schuheinlagen?**

ja  nein

**2) Mein Kind hat besondere Reiseempfindlichkeiten?**

ja  nein

wenn ja: sind Tabletten nötig?

ja  nein

wenn ja:

Tabletten werden selbst eingenommen oder

Tabletten werden vorher dem/der Betreuer\*in ausgehändigt

**3) Ungewöhnliche Reaktionen auf Insektenstiche?**

ja  nein

wenn ja, welche?: \_\_\_\_\_

**4) Besondere Neigung zu Kopfschmerzen?**

ja  nein

**5) Besondere Hör-/Sehbeschwerden?**

ja  nein

wenn ja, welche?: \_\_\_\_\_

**6) Kreislaufbeschwerden?**

ja  nein

wenn ja, welche?: \_\_\_\_\_

**7) Herzerkrankungen?**

ja  nein

wenn ja, welche?: \_\_\_\_\_

**8) Atembeschwerden/Lungenkrankheiten?**

ja  nein

wenn ja, welche?: \_\_\_\_\_

**9) Brechreiz/Magenbeschwerden?**

ja  nein

wenn ja, welche?: \_\_\_\_\_

**10) Darmbeschwerden?**

ja  nein

wenn ja, welche?: \_\_\_\_\_

**11) Licht-/Sonnenempfindlichkeit?**

ja  nein

wenn ja, welche?: \_\_\_\_\_

**12) Nahrungsmittelunverträglichkeit?**  ja  nein  
wenn ja, welche?: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**13) Medikamentenunverträglichkeiten?**  ja  nein  
wenn ja, welche?: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**14) Hautempfindlichkeiten?**  ja  nein  
wenn ja, welche?: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**15) Allergien?**  ja  nein  
wenn ja, welche?: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**16) Nervöse Beschwerden?**  ja  nein  
(Schlafstörungen...)  
wenn ja, welche?: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**17) Sonstige Beschwerden/Krankheiten?**  ja  nein  
(Menstruationsbeschwerden, „Einnässen“...)  
wenn ja, welche?: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**18) Bisher aufgetretene Kinderkrankheiten:**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**19) Krankheiten/Operationen im letzten Jahr?**  ja  nein  
wenn ja, welche?: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**20) Regelmäßige Medikamenteneinnahme?**  ja  nein  
wenn Nein, dann weiter mit Frage mit 25!

Genau Bezeichnung des Medikaments: \_\_\_\_\_  
Dosierung: \_\_\_\_\_

Genau Bezeichnung des Medikaments: \_\_\_\_\_  
Dosierung: \_\_\_\_\_

Genau Bezeichnung des Medikaments: \_\_\_\_\_  
Dosierung: \_\_\_\_\_

**21) Mein Kind nimmt das Medikament selbstständig ein?**  ja  nein  
(Bitte den/die Betreuer\*in vor der Abfahrt zusätzlich informieren)

**22) Ich händige die Medikamente den Betreuern aus und diese sorgen für die regelmäßige Einnahme?**  
(Bitte den/die Betreuer\*in vor der Abfahrt zusätzlich informieren)  
 ja  nein

23) Ich erlaube die Verabreichung von frei verkäuflichen und homöopathischen Medikamenten und Salben laut Packungsbeilage des/der Herstellers\*in (z.B. Fenistil, Paracetamol, Halsschmerztabletten).

ja  nein

24) Mein Kind darf während des Wochenendes in PKWs und öffentlichen Verkehrsmitteln mitfahren.

ja  nein

25) Ich nehme zur Kenntnis, dass ärztliche Maßnahmen wie lebensrettende operative Eingriffe oder Schutzimpfungen, die vom hinzugezogenen Arzt/Ärztin für dringend erforderlich erachtet werden, bei meinem/unsere(m) Kind im gegebenen Fall vorgenommen werden.

ja  nein

26) Blutgruppe des Kindes, soweit bekannt:

\_\_\_\_\_

27) Mein Kind ist Schwimmer\*in?

ja  nein

28) Mein Kind darf im Frei-/Hallenbad schwimmen?

ja  nein

29) Mein Kind ist Vegetarier\*in?

ja  nein

30) Mein Kind ist Veganer\*in?

ja  nein

31) Ich bin damit einverstanden, dass mein Kind tagsüber ohne Begleitung eines Betreuers, aber in Gruppen von mindestens drei Teilnehmern in der Stadt unterwegs ist.

ja  nein

32) Mein Kind ist gegen FSME (Zecken) geimpft?

ja  nein

33) Der/Die Hausarzt\*in (mit Adresse) meines Kindes ist:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

34) Sonstiges:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Alle Angaben in diesem Gesundheitsbogen habe ich nach bestem Wissen und Gewissen eingetragen.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift Erziehungsberechtigte\*r)