

Gesundheitsfragebogen

Sehr geehrte Eltern,

dies ist ein kurzer Gesundheitsfragebogen. Wir bitten Sie, diesen absolut vollständig auszufüllen, damit ein reibungsloser Ablauf und der passende Umgang mit Ihrem Kind ermöglicht werden können. Auch die Küche benötigt diese Informationen, um sich auf das Kurzlager vorbereiten zu können.

Bitte beschreiben Sie die Auffälligkeiten – falls vorhanden – und nötige Maßnahmen, sowie Notfallmedikamente, ausführlich.

Die Informationen werden natürlich vertraulich behandelt!

Nachname des Kindes

Vorname des Kindes

1. Mein Kind ist krankenversichert über _____
Geburtsdatum _____, bei _____

2. Mein Kind hat besondere Reiseempfindlichkeiten? ja nein
 Wenn ja: sind Tabletten nötig? ja nein
 Wenn ja: Tabletten werden selbständig eingenommen oder
 Tabletten werden vorher dem Betreuer ausgehändigt

3. Besondere Neigung zu Kopfschmerzen? ja nein

4. Licht-/Sonnenempfindlichkeit? ja nein
 Wenn ja, welche? _____

5. Medikamentenunverträglichkeiten? ja nein
 Wenn ja, welche? _____

6. Nahrungsmittelunverträglichkeiten? ja nein
 Wenn ja, welche? (bspw. Histamin, Gluten) _____

7. besondere Essgewohnheiten? ja nein
 Wenn ja, welche? (bspw. vegetarisch, kein Schweinefleisch) _____

8. Krankheiten, die für uns wichtig zu wissen sind? ja nein
 Wenn ja, welche? (bspw. extreme Allergien, Phobien) _____

9. Krankheiten, über die sich das Leitungsteam vorher erkundigen sollte? ja nein
 Wenn ja, welche? (bspw. Epilepsie, Autismus) _____

10. Sonstige Beschwerden/Krankheiten? ja nein
 Wenn ja, welche? (bspw. „Einnässen“, Heimweh, ...) _____

11. Regelmäßige Medikamenteneinnahme?

ja

nein

Genauere Bezeichnung des Medikaments: _____

Dosierung: _____

Mein Kind nimmt das Medikament selbstständig ein?

ja

nein

Ich händige die Medikamente den Betreuern aus und diese sorgen für die regelmäßige Einnahme?

ja

nein

12. Gibt es Notfallmedikamente, zu deren Einnahme es kommen könnte?

ja

nein

Wenn ja, wann und welche? _____

13. Ich erlaube die Verabreichung von frei verkäuflichen und homöopathischen Medikamenten und Salben laut Packungsbeilage des Herstellers (z.B. Fenistil, Paracetamol, Dolo Dobendan)

ja

nein

14. Ich nehme zur Kenntnis, dass ärztliche Maßnahmen wie lebensrettende operative Eingriffe, die vom hinzugezogenen Arzt für dringend erforderlich erachtet werden, bei meinem/unserem Kind im gegebenen Fall vorgenommen werden.

ja

nein

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

(Ort, Datum)

(Unterschrift eines Erziehungsberechtigten)