Per E-Mail senden | Formular drucken

Ferienaktion Liester

Gesundheitsfragebogen

Dieser Fragebogen wird streng vertraulich behandelt. Der Veranstalter der Ferienaktion ist aus rechtlichen und versicherungstechnischen Gründen auf nachstehende Angaben angewiesen.

Bitte leserlich (Blockschrift) ausfüllen. Zutreffendes ankreuzen.

Name, Vorname des Kindes | Geb.-datum

Impfungen

Tetanus ☐ Nein ☐ Ja: wann .....

Schutzimpfungen ☐ Nein ☐ Ja

Sehbeschwerden ☐ Nein ☐ Ja

Brille ☐ Nein ☐ Ja

Hörbeschwerden ☐ Nein ☐ Ja

Zahnspange ☐ Nein ☐ Ja

Blutgruppe (falls bekannt): _____

Allergien

☐ Nein

☐ Ja: _____

Unverträglichkeit gegen bestimmte Nahrungsmittel

☐ Nein

☐ Ja: _____

Reaktion auf Insektenstiche

☐ normal

☐ _____

Leidet oder litt Ihr Kind in der letzten Zeit an Krankheiten, Störungen oder Beschwerden folgender Art?

Herz- und Kreislauforgane (z.B.: Atemnot bei Anstrengungen, Blutdruck, Durchblutungsstörungen etc.)	☐ Nein	☐ Ja: .....
Atmungsorgane (z.B.: Lungenentzündung, Asthma etc.)	☐ Nein	☐ Ja: .....
Verdauungsorgane (z.B.: Magen, Darm, Galle, Leber, Verdauungsstörungen etc.)	☐ Nein	☐ Ja: .....
Harn- und Geschlechtsorgane (z.B.: Erkrankungen der Nieren, Harnblasenentzündung etc.)	☐ Nein	☐ Ja: .....
Sonstiges (z.B.: Kopfschmerzen, Schwindelanfälle, Nasenbluten etc.)	☐ Nein	☐ Ja: .....

Braucht Ihr Kind regelmäßig Medikamente?

☐ Nein

☐ Ja: Welche? _____

Wie oft? _____

Unser Kind hat die Medikamente selbst dabei und nimmt sie selbst ein:

☐ Ja

☐ Nein: Wir händigen den Betreuern die Medikamente aus und diese sorgen für die Einnahme: ☐ Ja ☐ Nein

Behinderungen sonstiger Art (z.B.: kürzlich operiert, krank, geimpft etc.)

☐ Nein

☐ Ja: _____

Besondere Rücksichtnahme notwendig

☐ Nein

☐ Ja: _____

Meinem Kind wird bei Busfahrten leicht schlecht.

☐ Nein ☐ Ja

Tabletten notwendig?

☐ Ja ☐ Nein

Sonstiges:

Kinderarzt oder Hausarzt:

Name

Anschrift

Telefon

Krankenkasse, bei der das Kind versichert ist

Ich versichere, dass mein Kind nicht an Erkrankungen oder gesundheitlichen Schäden leidet, die die Teilnahme verbieten.
Alle Angaben auf diesem Gesundheitsfragebogen habe ich nach bestem Wissen und Gewissen gemacht.

.....

Ort, Datum | Unterschrift des Erziehungsberechtigten