



## Gesundheitsfragebogen

Diesen Bogen bitte ausfüllen, ausdrucken, von dem / den Erziehungs-/Sorgeberechtigten unterschreiben lassen und dem Gruppenleiter mitgeben.

Name, Vorname	Geburtsdatum	Stamm
Straße & Nr.		PLZ, Ort
Schutzimpfungen (bitte Datum angeben)		
Tetanus (nicht älter als 4 Jahre) / Hepatitis A / Hepatitis B / Diphtherie / Polio/ Kinderlähmung Masern/ / Mumps / Röteln / FSME / Keuchhusten / Windpocken /sonstige Impfungen		
Bekannte Vorerkrankungen/Operationen		
Unser Kind/ich hatte folgende Erkrankungen		
Windpocken Scharlach Mumps Masern Röteln Diphtherie		
Folgende Anfälligkeiten sind bekannt (z.B. Asthma, Heuschnupfen, Reisekrankheit, Medikamenten-, Lebens-mittel-, sonstige Allergien, Epilepsie, etc.)		
Mein / Unser Kind befindet sich zur Zeit in ärztlicher Behandlung (behandelnder Arzt)		
Mein / Unser Kind bekommt als Bedarfs-/ Dauermedikation folgende Medikamente und weiß damit umzugehen:		
Unser Kind nimmt die Medikamente selbst ein		
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Der Gruppenleiter sorgt die regelmäßige Einnahme der Medikamente <input type="checkbox"/> für <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
Bei meinem / unserem Kind ist auf Folgendes zu achten (Einschränkungen etc.)		
Glaubenszugehörigkeit *	Einschränkungen in der Behandlung	
Krankenkasse	Kassennummer	Versichertennummer
Versichert über	Status	Versichertenkarte gültig bis

\* Angabe freiwillig





Im Falle einer Erkrankung oder eines Unfalles darf

Name, Vorname	Geburtsdatum	Funktion

über Behandlungen entscheiden und in medizinische Eingriffe (einschließlich Operationen) einwilligen. Bei lebensbedrohlichen Erkrankungen/ Unfällen entscheidet der behandelnde Arzt vor Ort.

Im Falle einer Erkrankung oder eines Unfalles darf / dürfen nur die Erziehungs-/ Sorgeberechtigten über Behandlungen entscheiden und in medizinische Eingriffe (einschließlich Operationen) einwilligen.

Es besteht zur Zeit keine akute/ansteckende Erkrankung.

Ich bin / Wir sind (jederzeit) wie folgt zu erreichen:

Name, Vorname	Telefon	Mobil
Straße & Nr.		PLZ, Ort
Name, Vorname	Telefon	Mobil
Straße & Nr.		PLZ, Ort

Im Falle der Unterschrift nur eines Erziehungs-/ Sorgeberechtigten versichert dieser an Eides statt, dass der andere Erziehungs-/Sorgeberechtigte ebenfalls damit einverstanden ist. Ich bin / Wir sind damit einverstanden, dass die persönlichen und Behandlungsdaten zum Zwecke der gesetzlich vorgeschriebenen Dokumentation gespeichert werden. Nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfrist werden die Daten gelöscht! Krankenversicherungskarte und Impfausweis werden mitgeführt.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Erziehungs-/Sorgeberechtigten

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Erziehungs-/Sorgeberechtigten

