



Seite 2/2

Gesundheitsbogen

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

 Stamm: **Ansgar Dauborn**

Straße: _____ PLZ, Ort: _____

 Bei Abfahrt übergeben wir der Gruppenleitung die Krankenkassenkarte und den
 Impfausweise.

Bekannte Vorerkrankungen:

Allergien oder Essensunverträglichkeiten:

Mein / Unser Kind bekommt Dauermedikation:

 Mein / Unser Kind bekommt als Bedarfsmedikation folgende Medikamente und weiß
 damit umzugehen:

Bei meinem / unserem Kind ist auf folgendes zu achten (Einschränkungen etc.)

 Ich bin / Wir sind damit einverstanden, dass die persönlichen und Behandlungsdaten
 zum Zwecke der gesetzlichen vorgeschriebenen Dokumentation gespeichert werden.
 Nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfrist werden die Daten gelöscht.

 Ort, Datum

 Ort, Datum

 Unterschrift d. Erziehungsberechtigten

 Unterschrift d. Erziehungsberechtigten