



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