

Gesundheitsbogen

Deutsches Rotes Kreuz 

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Telefon: _____

Wohnort/Str.: _____



Durchgemachte Krankheiten (nichtzutreffendes streichen): Masern - Keuchhusten - Windpocken - Scharlach - Mandelentzündung - Mumps - Gelenkrheumatismus – Herzkrankheiten – Lungenkrankheiten (insbesondere TBC)

andere wesentliche Krankheiten: _____

Medikamenteneinnahme

Krankheit: _____ Medikamente: _____

Symptome: _____

Dosis

morgens	mittags	abends	nachts
_____	_____	_____	_____

Krankheit: _____ Medikamente: _____

Symptome: _____

Dosis

morgens	mittags	abends	nachts
_____	_____	_____	_____

Besonderheiten: _____

Mein Kind ist allergisch gegen: _____

Mein Kind ist frei von ansteckenden Krankheiten. ja

Mein Kind ist bin krankenversichert bei der: _____ durch _____

Name: _____ Vorname: _____ geb.: _____

Wir sind haftpflichtversichert bei der: _____

Ich bin damit einverstanden, dass mein Kind bei einem Unfall, Notfall oder Erkrankung in ein Krankenhaus oder zu einem Arzt gebracht wird.

In diesen Fällen soll folgende Person benachrichtigt werden:

Name: _____ Vorname: _____

Telefon: _____ Alternative: _____

Ort, Datum _____

Unterschrift des Erziehungsberechtigten