



# Gesundheitsbogen

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

## 1. Welche Medikamente müssen während der Betreuung eingenommen werden:

Namen der Medikamente: \_\_\_\_\_

Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass es laut dem Gesetz den TeamerInnen nicht erlaubt ist Medikamente an die Teilnehmer zu verabreichen!

## 2. Sind Allergien bei Ihrem Kind bekannt (Medikamente, Insekten, Heuschnupfen etc.)

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Gegenmaßnahmen (Hat Ihr Kind für diesen Fall verordnete Medikamente mit, oder gibt es spezielle Anweisungen von ihrem Hausarzt?)

## 3. Hat Ihr Kind eine oder mehrere der folgenden Erkrankungen oder Beschwerden?

Bitte ankreuzen:    Asthma    Chron.Bronchitis    Diabetes  
Herzbeschwerden    Krampfleiden/Epilepsie  
Sonstiges: \_\_\_\_\_

Wie äußert sich diese bei Ihrem Kind (Reaktion Ihres Kindes)? \_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind für die angegebenen Erkrankungen die entsprechenden Medikamente dabei?

Ja / Nein

Gibt es Vorsichtsmaßnahmen, die während der Betreuung zu beachten sind?

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Welche evtl. Operationen sind zu berücksichtigen? \_\_\_\_\_

## 4. Besteht bei Ihrem Kind ausreichender Tetanusschutz?

Ja / nein      Letzte Tetanusimpfung: \_\_\_\_\_

## 5. Sollten wir noch von evt. anderen Dingen in Kenntnis gesetzt werden?

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_



# Einverständnis Rückweg

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Ich erkläre mich hiermit einverstanden, dass mein Kind an den unten aufgeführten Tagen alleine nach Hause gehen/fahren darf:

Wochentag: Mo  Di  Mi  Do  Fr  jeden Tag

Datum: \_\_\_\_\_

Uhrzeit: ab \_\_\_\_\_ h ab \_\_\_\_\_ h

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Erziehungsberechtigte

\_\_\_\_\_  
Unterschrift TeilnehmerIn