



Gesundheitsbogen

Bitte füllen Sie diesen Bogen aus und geben Sie an, welche Krankheiten Ihr Kind hat.
Bei unvollständigen oder unrichtigen Angaben lehnen wir jede Haftung ab.

Bitte beachten Sie, dass das Training bei Erkrankung Ihres Kindes abgebrochen werden muss!

Name des Kindes: Geburtsdatum:

Name des Versicherten:

Beschäftigt bei:

Versicherungsnummer des Kindes:

Mein Kind ist allergisch gegen (z.B.: Penicillin, bestimmte Lebensmittel, Insektenstich, Pollen, ...)

.....

Wenn eine allergische Reaktion auftritt, müssen folgende Maßnahmen gesetzt werden:

.....

Mein Kind muss Medikamente einnehmen (z.B. wegen Asthma, Allergien, Epilepsie,...):

Welche/Grund: Wie oft:

Welche/Grund: Wie oft:

Mein Kind muss andere „Hilfsmittel“ verwenden (z.B. Zahnsperre, Brille, ...):

Welche: Wie oft:

Essen: normal: ja / nein sonstige:

Im Notfall zu verständigen:

Herr/Frau erreichbar von bis Tel.:

Herr/Frau erreichbar von bis Tel.:

Herr/Frau erreichbar von bis Tel.:

Ich bestätige die Vollständigkeit meiner Angaben und erkläre mich einverstanden, dass alle ärztlichen Maßnahmen durchgeführt werden dürfen.

.....
Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten