

Gesundheitsbestätigung und Einverständniserklärung

für das Zeltlager 2019 in Gammel Rye/Dänemark

Im Interesse Ihres Kindes und der Mitarbeiter füllen Sie diesen Fragebogen bitte vollständig aus. Danke

Vor- und Zuname des Kindes: _____

Anschrift des Kindes: _____

Geburtsdatum des Kindes: _____

Telefonnummer eines Erziehungsberechtigten (für den Notfall): _____

Krankenkasse: _____

Versichert durch: _____

Name, Adresse und Telefonnummer des Kinderarztes bzw. Hausarztes:

Meine Tochter / mein Sohn wurde zuletzt im Jahr _____ gegen Wundstarrkrampf geimpft.

Meine Tochter / mein Sohn benötigt für eventuelle Autofahrten eine Sitzerrhöhung. ja nein

Meine Tochter / mein Sohn muss regelmäßig folgende Medikamente einnehmen. nein ja welche?:

Wann und wie müssen diese angewendet werden?: (falls Platz nicht reicht bitte Rückseite verwenden!)

Allergien: nein ja welche?: (bitte geben sie ausreichend Medikamente für 2 Wochen mit)

Worauf muss bei Ihrem Kind geachtet werden: Bettnässen Zahnklammer Brille ADHS

Operation in letzter Zeit

Andere Besonderheiten: _____

Dürfen wir bei Ihrem Kind in **Bagatellfällen** folgende Medikamente anwenden?

Paracetamol, Ibuprofen (z.B. bei Kopfschmerzen) = schmerzlindernd, fiebersenkend

Ja nein

Alle oben aufgeführten Arzneien sind nicht rezeptpflichtig.

Bitte geben sie ihrem Kind bei Bedarf Fenistil o.ä. gegen Insektenstiche mit

Bei Bedarf dürfen Mitarbeiter Zecken ziehen und dokumentieren ja nein

Meine Tochter / mein Sohn darf am Baden teilnehmen. ja nein

Meine Tochter / mein Sohn ist Schwimmer welches Schwimmabzeichen hat ihr Kind: _____

Nichtschwimmer

Datum: _____

Unterschrift eines Erziehungsberechtigten: _____