

Medizinisches Merkblatt

Vor- und
Nachname: _____

Straße: _____

Tel.: _____

Gruppe: _____

Im Notfall bitte verständigen:

Siehe links oder:

Name: _____

Anschrift: _____

Tel.: _____

● Hat ihr Kind Allergien (Pflanzen, Insekten, Medizin, Nahrungsmittel, ...) ?

NEIN JA

Wenn ja, gegen welche Stoffe oder Insekten:

Gegenmaßnahmen:

Schlimmste mögliche Überreaktion:

● Hat ihr Kind eine oder mehrere der folgenden Beschwerden o.ä. dauerhafte Leiden ?

Asthma Diabetes Herzbeschwerden andere

Wie reagiert es darauf?

Welche eventuellen Operationen sollten berücksichtigt werden ?

● Nimmt ihr Kind regelmäßig Medikamente ?

NEIN JA

Wenn ja, welche und auf jeden Fall Rücksprache mit dem Gruppenleiter nehmen!!

● Sonstige Anmerkungen:

● Geben Sie bei der Abfahrt folgende Unterlagen in einem beschr. Umschlag an die Leiter:

Impfpaß Krankenkassenkarte Allergiepaß (falls vorhanden)

Unterschrift/en der Erziehungsberechtigten: _____