

## Gesundheitsbogen für das Zeltlager

Name des Kindes: \_\_\_\_\_

Geboren am: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Krankenversichert bei: \_\_\_\_\_

Name des Mitglieds: \_\_\_\_\_

Geb. Dat. Des Mitglieds: \_\_\_\_\_

Arbeitgeber des Mitglieds: \_\_\_\_\_

Anschrift des Hausarztes: \_\_\_\_\_

**Krankenkarte + Impfausweis (Kopie) gebe ich meinem Kind mit**

Bei Krankheit meines Kindes ist folgendes zu beachten (z. B. Allergien durch Medikamente usw.):

--

Auf folgende Behinderung ist zu achten:

--

Meinem Kind dürfen frei verkäufliche Salben wie Fenistil Gel o.ä.  
sowie leichte Schmerzmittel wie Aspirin o.ä. bei Bedarf verabreicht werden:

--

Mein Kind hat folgende chronische Krankheiten oder Anfälle:

--

Mein Kind muss folgende Medikamente regelmäßig einnehmen:

--

**Die notwendigen Medikamente gebe ich meinem Kind mit**

In dringenden Fällen sind wie unter der folgenden Telefonnummer zu erreichen:

--

Mit einer kurzfristigen, notwendigen Operation erkläre ich mich, nach vorheriger Absprache, einverstanden.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift gesetzl. Vertreter

**Bitte füllen Sie diesen Bogen sorgfältig aus.**