



>>> Gesundheitsbogen



Dieser Bogen wird nach Abgabe zu unseren Akten gelegt und auf Lager/Aktionen mitgenommen, an denen Ihr Kind teilnimmt. So haben wir die Möglichkeit, allzeit schnell und gut reagieren zu können.

Bitte füllen Sie den Bogen daher gewissenhaft aus und informieren Sie uns über Änderungen.

	Angaben Kind:	Angaben zu der Person, über die das Kind versichert ist:
Vor- / Zuname:		
Geburtsdatum:		
Adresse:		
Krankenkasse:		
Versicherungsnr:		
Telefon/Handy:		

Name + Adresse zu behandelnden (Kinder-)Arztes:
--

Welche Schutzimpfungen sind vorhanden?	(bitte mit Datum)
☐ Tetanus am	☐ Hib am
☐ Diphtherie am	☐ Hepatitis B am
☐ Pertussis am	☐ MMR am
☐ Polio am	☐ Varizellen am
☐ Meningokokken am	☐ Pneumokokken am
☐ Influenza am	☐ Covid-19 am
☐ FSME am	☐ Sonstiges:

Welche Krankheiten hat Ihr Kind gehabt?	(bitte mit Datum)
☐ Windpocken am	☐ Masern am
☐ Scharlach am	☐ Mumps am
☐ Röteln am	☐ Keuchhusten am

Hat Ihr Kind Allergien / Unverträglichkeiten?	
☐ Asthma oder chronische Bronchitis	☐ Epilepsie
☐ Diabetes	☐ Heuschnupfen
☐ Allergie gegen:	☐ Laktoseintoleranz
☐ Zöliakie	☐ Sonstiges:
☐ Chronische (organische) Leiden:	

