

Gesundheitsdatenblatt



Name:.....

Geburtsdatum:.....

SV-Nr.....

Notfallkontakt (Name, Tel.):

Allergien/ Unverträglichkeiten:

Mein Kind leidet an:

- Diabetes mellitus
- Epilepsie
- Asthma bronchiale
- Kreislaufschwäche
- Sonstiges:

Mein Kind ist geimpft gegen: Tetanus FSME (Zecken)

Mein Kind muss folgende Medikamente regelmäßig einnehmen:

Was?.....

Wann?..... Warum?.....

Sonstige wichtige Mitteilungen für die Lagerleitung:

Datum, Unterschrift Erziehungsberechtigte(r)