

GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

Impfungen Tetanus <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: Wann? Schutzimpfungen <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Allergien <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Sehbeschwerden <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Brille <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Hörbeschwerden <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Zahnsperre <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Unverträglichkeit gegen bestimmte Nahrungsmittel <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Blutgruppe, falls bekannt 	Unverträglichkeit gegen Insektenstiche <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/>
Leidet oder litt Ihr Kind in der letzten Zeit an Krankheiten, Störungen oder Beschwerden folgender Art?	
Herz oder Kreislauforgane (z. B.: Atemnot bei Anstrengungen, Blutdruck, Durchblutungsstörungen, etc.)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja:
Atmungsorgane (z.B.: Lungenentzündung, Asthma, etc.)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja:
Verdauungsorgane (z.B.: Magen, Darm, Galle, Leber, Verdauungsstörungen, etc.)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja:
Harn & Geschlechtsorgane (z.B.: Harnblasenentzündung, Erkrankung der Nieren, etc.)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja:
Sonstiges (z.B.: Kopfschmerzen, Schwindelanfälle, Nasenbluten etc.)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja:
Braucht Ihr Kind regelmäßige Medikamente? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: Welche?.....	Behinderungen sonstiger Art (z.B.: kürzlich operiert, krank, geimpft, etc.) <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja:.....
Besondere Rücksichtnahme notwendig <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja:.....	
Meinem Kind wird beim Busfahren leicht schlecht. <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Sonstiges: (z.B.: Verzehr von Schweinefleischfreiem Essen)
Kinderarzt oder Hausarzt: _____ Name _____ Anschrift _____ Telefon _____ Krankenkasse bei der das Kind versichert ist.	

Ich versichere, dass mein Kind nicht an Erkrankungen oder gesundheitlichen Schäden leidet, die die Teilnahme an der Maßnahme verbietet.

Ort , Datum

Unterschrift der Eltern / des Erziehungsberechtigten