



## GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

<b>Impfungen</b>  Tetanus <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja:  Wann? ..... Schutzimpfungen <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<b>Allergien</b>  <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	<b>Unverträglichkeit gegen bestimmte Nahrungsmittel</b>  <input type="checkbox"/> Nein  <input type="checkbox"/> Ja .....
Blutgruppe, falls bekannt  .....	<b>Unverträglichkeit gegen Insektenstiche</b> <input type="checkbox"/> normal  <input type="checkbox"/> .....
<b>Leidet oder litt Ihr Kind in der letzten Zeit an Krankheiten, Störungen oder Beschwerden folgender Art?</b>	
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?.....	<b>Behinderungen sonstiger Art (z.B.: kürzlich operiert, krank,                  geimpft, etc.)</b> <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)
<b>Kinderarzt oder Hausarzt:</b>  _____ 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