

# Ferienspiele der Gemeinde Brachtal 2018 „Beiblatt Gesundheit“



## Angaben zum Kind

Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_

## Kinder- /Hausarzt

Name: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Name und Sitz der Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Werden Medikamente benötigt:  **Nein**, falls **JA** bitte unten genaue Angaben machen

Sind Allergien bekannt:  **Nein**, falls **JA** bitte unten genaue Angaben machen

Impfung gegen Wundstarrkrampf:  Ja  Nein am \_\_\_\_\_

## Angaben zu den erforderlichen Medikamenten:

(Die folgenden Angaben werden vertraulich behandelt und nur im Falle eines Notfalls bzw. nach Rücksprache mit dem Sorgeberechtigten verwandt.)

Mein Kind benötigt folgende Medikamente:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Soll das Medikament durch einen Betreuer verabreicht werden?  Ja  Nein

Was sollten wir über die Erkrankung wissen? (Verhalten im Notfall etc.)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Angaben zu vorhandenen Allergien:

(Die folgenden Angaben werden vertraulich behandelt und nur im Falle eines Notfalls bzw. nach Rücksprache mit dem Sorgeberechtigten verwandt.)

Mein Kind reagiert allergisch bei Kontakt mit:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Was sollten wir über die Allergie wissen? (Verhalten im Notfall etc.)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Datum/Unterschrift der Sorgeberechtigten:

\_\_\_\_\_