

Gesundheitscheck

Persönliche Angaben des Kindes	
Name, Vorname	Geburtstag
Adresse	
Telefon (Eltern)	Handy (Eltern)
Krankenversichert bei	
Blutgruppe (falls bekannt)	
Gesundheitseinschränkungen (wenn ja, welche ?)	
Kreislaufbeschwerden?	
nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	
Herzbeschwerden?	
nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	
Atembeschwerden?	
nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	
ungewöhnliche Reaktionen auf Insektenstiche?	
nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	
Licht-/Sonnenempfindlichkeit?	
nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	
Nahrungsmittelunverträglichkeit?	
nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	
Medikamentenunverträglichkeit?	
nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	
sonstige Allergien?	
nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	
sonstige Beschwerden?	
nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	
Regelmäßige Medikamenteneinnahme?	
nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	
Name des Medikamentes	
wie oft?	
Name des Medikamentes	
wie oft?	
Schutzimpfungen vorhanden?	
nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	
Meine Tochter /mein Sohn kann schwimmen.	
nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	
Einverständniserklärung	
Meine Tochter /mein Sohn darf sich am/ im Sandbach aufhalten, (auf der Höhe des Sportplatzgeländes).	
nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	
Ich bin damit einverstanden, dass meine Tochter /mein Sohn sich auf dem Gelände des Sportplatzes in Crumstadt ohne Begleitung von Erwachsenen frei bewegen darf.	
nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	
Ich bin damit einverstanden, dass meine Tochter /mein Sohn im Falle eines Unfalles oder einer Verletzung ärztlich versorgt wird. Die Betreuer werden sie sofort benachrichtigen.	
nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	
Ort, Datum	Unterschrift des Sorgeberechtigten