

Gesundheitsbogen

Diesen Bogen bitte ausfüllen, ausdrucken, von dem*der Erziehungs-/Sorgeberechtigten unterschreiben lassen und der Gruppenleitung mitgeben.

Name, Vorname	Geburtsdatum	Stamm
Straße, Nr.		PLZ, Ort
Schutzimpfungen (Nichtzutreffendes bitte streichen)		
Tetanus	Hepatitis A	Hepatitis B
Polio/Kinderlähmung	Masern	Mumps
FSME	Keuchhusten	Windpocken
Sonstige Impfungen		
Bekannte Vorerkrankungen/Operationen		
Unser Kind/ich hatte folgende Erkrankungen (Nichtzutreffendes bitte streichen)		
Windpocken	Scharlach	Mumps
Masern	Röteln	Diphtherie
Folgende Vorerkrankungen sind bekannt (z.B. Asthma, Heuschnupfen, Reisekrankheit, Medikamenten-, Lebensmittel-, sonstige Allergien, Epilepsie, etc.)		
Mein/Unser Kind wird ärztlich betreut (behandelnder Arzt oder Hausarzt, Anschrift, Telefon)		
Mein/Unser Kind bekommt als Bedarfs-/Dauermedikation folgende Medikamente und weiß damit umzugehen		
<input type="checkbox"/> Unser Kind nimmt die Medikamente selbst ein. <input type="checkbox"/> Die/Der Gruppenleiter*in sorgt für die regelmäßige Einnahme der Medikamente.		
Bei meinem/unseren Kind ist auf Folgendes zu achten (gesundheitliche Besonderheiten, Ernährung etc.)		
Von dem*der Erziehungsberechtigten gewünschte Einschränkungen in der Behandlung:		



Stamm Norwing

E-Mail: stafue@norwing.de
Internet: www.norwing.de

Krankenversicherung		
Krankenkasse	Versichertenkarte (ja/nein)	Versichertennummer
Versichert über	Status	Versichertenkarte gültig bis
<input type="checkbox"/> Gesonderte Auslandskrankenversicherung vorhanden		
<input type="checkbox"/> Im Falle einer Erkrankung oder eines Unfalles darf		
Name, Vorname	Geburtsdatum	Funktion

über Behandlungen entscheiden und in medizinische Eingriffe (einschließlich Operationen) einwilligen. Bei lebensbedrohlichen Erkrankungen/Unfällen entscheidet der behandelnde Arzt vor Ort.

- Im Falle einer Erkrankung oder eines Unfalles darf/dürfen nur die Erziehungs-/Sorgeberechtigten über Behandlungen entscheiden und in medizinische Eingriffe (einschließlich Operationen) einwilligen.
- Es besteht zurzeit keine akute ansteckende Erkrankung.

Ich bin / Wir sind (jederzeit) wie folgt zu erreichen:

Name, Vorname	Telefon	Mobil
Straße & Nr.		PLZ, Ort
Name, Vorname	Telefon	Mobil
Straße & Nr.		PLZ, Ort

Im Falle der Unterschrift nur eines*einer Erziehungs-/Sorgeberechtigten versichert dieser an Eides statt, dass der*die andere Erziehungs-/Sorgeberechtigte ebenfalls damit einverstanden ist. Ich bin / Wir sind damit einverstanden, dass die persönlichen und Behandlungsdaten zum Zwecke der gesetzlich vorgeschriebenen Dokumentation gespeichert werden. Nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfrist werden die Daten gelöscht. Krankenversicherungskarte und Impfausweis werden mitgeführt.

Ort, Datum

Unterschrift des*der Erziehungs-/Sorgeberechtigten