

Medizinische Informationen

Schuljahr _____

- Name des Kindes: _____
- Geburtsdatum: _____
- Adresse: _____
- Tel.-Nr.: _____
- Email: _____
- Krankenkasse: _____
- Name des Hauptversicherten _____
- Name u. Anschrift des Hausarztes: _____
(Adresse, Telefon) _____

- Datum der letzten Tetanusimpfung _____

- Ausweichadresse _____
(Verwandte, Nachbarschaft) _____

- Einnahme von Medikamenten? Wenn ja, welche?. In welcher Dosierung?

- Besonderheiten? (Allergien, Herzfehler, Diabetes, Epilepsie, Bluthochdruck?)

- Krampfanfälle? _____
- Notfallmedikament bei Krampfanfällen: _____

- Besteht für Ihr Kind eine Haftpflichtversicherung? _____

Ort, Datum

Unterschrift