

Bitte leserlich ausfüllen!

Name	Vorname	geb.:
Anschrift:		
Staatsangehörigkeit:		Geburtsort:
Verkehrssprache in der Familie:		Konfession:

Erziehungsberechtigte:		
<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> Vater	<input type="checkbox"/> Pflegeeltern <input type="checkbox"/> Sonstige
Name, Vorname (Vater):	Name, Vorname (Mutter):	
Anschrift:		
Telefon - privat (Mutter):	- dienstlich (Mutter):	- mobil (Mutter):
Telefon - privat (Vater):	- dienstlich (Vater):	- mobil (Vater):

Angaben zur Krankenkasse:	
Anschrift:	
Bitte unterstreichen:	Pflicht-, familien-, privat- oder freiwillig versichert
über Versicherte(r):	geb.:
Name des Kinderarztes:	
Anschrift:	
Tel.:	

Krankheitsbild:	
Werden Medikamente verabreicht?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
wenn ja, welche?	
Leidet Ihr Kind unter krampfartigen Anfällen?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Notfallmedikamente:	Dosierung: Zeitraum der Gabe: nach Min.
Gibt es Besonderheiten (z.B. Shunt, Hirnaneurysma etc.)	
Sind Allergien bekannt gegen Medikamente, Nahrungsmittel, Wunddesinfektionsmittel etc.? <small>(bei Wundversorgung wird ein Wunddesinfektionsmittel eingesetzt)</small>	

Tetanus-Impfung vorhanden Ja Nein wenn ja, wann die Letzte?

Masern-Impfschutz vorhanden Ja Nein

Ort, Datum: **Unterschrift des Erziehungsberechtigten:**