



## Gesundheitsbogen zur Firmvorbereitung

Name des Firmanden / der Firmandin: \_\_\_\_\_

Während der Firmfahrt ist eine entscheidungsbefugte Ansprechperson unter folgender Anschrift zu erreichen:

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

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

### Wo ist Ihr Kind krankenversichert?

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

Versicherungsnehmer: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Ist Ihr Kind gegen Tetanus geimpft?  Ja  Nein Datum: \_\_\_\_\_

Leidet Ihr Kind unter Allergien?  Ja  Nein

Welche?

\_\_\_\_\_

Leidet Ihr Kind an Krankheiten?  Ja  Nein

Welche?

\_\_\_\_\_

Müssen Medikamente eingenommen werden?  Ja  Nein

Welche, wann, wie oft, etc.?

\_\_\_\_\_

Bitte geben Sie ggf. nennenswerte Informationen bezüglich Körper, Verhalten oder anderen Problemen des Kindes an die Leitung weiter.





Mein Kind ist Vegetarier/in:  Ja  Nein

Mein Kind hat folgende Lebensmittelunverträglichkeiten:

---

Mein Kind darf bei einem Insektenstich Fenistil Gel oder Ähnliches erhalten.

Ja  Nein

Mein Kind darf bei Fieber oder Schmerzen Paracetamol erhalten.

Ja  Nein

*Mit der ehrlichen Beantwortung der Fragen helfen Sie uns, Ihr Kind auf der jeweiligen Fahrt besser und individueller durch die TeamerInnen betreuen zu können.*

**Datum:** \_\_\_\_\_ **Unterschrift:** \_\_\_\_\_