



## Gesundheits Formular

Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt. Sie dienen lediglich dazu, in einem medizinischen Notfall Ihres Kindes sofort reagieren zu können und den behandelnden Arzt über die medizinische Vorgeschichte informieren zu können.

### Persönliche Angaben zu Ihrem Kind

Vorname(n) ..... Name.....  
Geburtsdatum ..... Geschlecht.....  
Adresse..... Plz/Ort.....  
Bitte rufen sie mich an: ☎..... Mutter:  Vater:

### Gesundheitszustand Ihres Kindes

Trägt Ihr Kind eine Brille? .....

Muss es die Brille ständig tragen? .....

Hat Ihr Kind eine Hörschwäche? Wenn ja, bitte genau beschreiben

.....  
.....

Hat Ihr Kind eine körperliche Behinderung (en)?

.....  
.....  
.....

Wurde Ihr Kind jemals psychologisch behandelt? Wenn ja, unter welchen Umständen?

.....  
.....  
.....

Wurde Ihr Kind jemals operiert? Bitte mit Datum die Operation(en) aufführen.

.....  
.....  
.....

**Wurde Ihr Kind geimpft? Wenn ja, bitte mit Datum aufführen**

- Diphtherie .....
  - Keuchhusten .....
  - Tetanus .....
  - Röteln .....
  - Masern .....
  - TB .....
  - Pocken .....
  - Mumps .....
  - Polio .....
  - Andere .....
- 

**Leidet oder litt Ihr Kind je an einer (oder mehreren) der folgenden Krankheiten?**

- Asthma .....
  - Diabetes (Bitte genaue Angaben) .....
  - Epilepsie .....
  - Herzbeschwerden .....
  - Hepatitis (Bitte genaue Angaben) .....
  - Lungenentzündung .....
  - Masern .....
  - Scharlach .....
  - Rheumatisches Fieber .....
  - Röteln .....
  - Andere .....
- 

**Leidet oder litt Ihr Kind unter folgenden Allergien?**

- Penizillin .....
- Pollen .....
- Staub .....
- Andere .....

**Hatte Ihr Kind jemals einen Unfall und dadurch gefährliche Verletzungen erlitten?**

.....  
.....  
.....

**Muss Ihr Kind Medikamente einnehmen?** (Bitte genaue Beschreibung mit Mengenangabe)

.....  
.....

**Bitte geben Sie alle weiteren, wichtigen Informationen zum Gesundheitszustand Ihres Kindes an**

.....  
.....  
.....  
.....

**Arzt Ihres Kindes** (Name, Adresse und Telefonnummer)

.....  
.....

**Krankenkasse Ihres Kindes** (Name, Adresse und Telefonnummer)

.....  
.....

**Unfallversicherung Ihres Kindes** (Name, Adresse und Telefonnummer)

.....  
.....

---

**Ich erteile hiermit meine Erlaubnis, dass in einem dringenden Fall (Unfall, plötzliche Krankheit) mein Kind von einem örtlichen Arzt oder im örtlichen Krankenhaus behandelt werden darf.**

---

Ort..... Datum..... Unterschrift.....

**Wir danken Ihnen für Ihr Vertrauen**