

Medizinischer Informationszettel

Name des Kindes: _____

Wichtig: Bitte geben Sie diesen Zettel bei der Kofferabgabe und gegebenenfalls mit Namen gekennzeichnete Medikamente einem Leiter, zusammen mit:

- a) einer Kopie des Impfpasses**
- b) der Krankenversicherungskarte**

1. Mein Sohn/ meine Tochter ist: gesetzlich versichert
 privat versichert

Name der Krankenkasse: _____

2. Mein Sohn/meine Tochter hat den folgenden Schutz gegen Covid-19:

- geimpft (Anzahl der Impfungen: _____, letzte Impfung: _____)
- genesen

3. Mein Sohn/ meine Tochter leidet des Öfteren/ zurzeit an: _____

Mein Sohn/meine Tochter nimmt Medikamente dagegen: ja

nein

a) Wenn ja:

Wie oft, wieviel und wie lange muss das Medikament eingenommen werden?

Bei welchen Symptomen muss das Medikament eingenommen werden?

Sonstige Informationen zum Medikament: _____

b) Wenn nein:

Was ist am besten dagegen zu unternehmen?

4. Mein Sohn/ meine Tochter hatte innerhalb der letzten drei Monate Läuse

nein

ja, im Zeitraum: _____

5. Mein Sohn/meine Tochter hat folgende Allergien/ Unverträglichkeiten (wie äußern sich diese?) :

6. Im Notfall bin ich (oder eine Vertrauensperson) unter folgender Rufnummer zu erreichen:

Telefonnummer: _____

Name (Vertrauensperson): _____

7. Ich bitte die Leiter/innen, auf folgendes bei meinem Sohn/meiner Tochter zu achten:

Selbstverständlich werden ihre Angaben streng vertraulich behandelt!

Datum

Unterschrift des Erziehungsberechtigten