

Gesundheitsblatt

Aktion: _____ Zeitraum: _____

Teilnehmer:

Erziehungsberechtigter/ Kontaktperson:

Name: _____

Name: _____

Straße, PLZ: _____

Straße, PLZ: _____

Stufe: _____

Telefon 1: _____

Geburtsdatum: _____

Telefon 2 (mobil): _____

Krankenversicherung, Krankenkasse und Versicherungsinhaber:

Momentan einzunehmende Medikamente (und deren Dosierung, möglichst auch die Bezeichnung des Wirkstoffes in Klammern):

a: _____ (_____)

b: _____ (_____)

Unverträglichkeiten und Allergien gegen Lebensmittel und Medikamente:

a: _____ b: _____

Datum der letzten Tetanusimpfung: _____

Name und Tel. Nr. des behandelnden (Haus-)Arztes:

Vollmacht:

Das verantwortliche Leitungsteam/ die oben aufgeführte*n Kontaktperson*en ist/sind berechtigt, in dringenden Fällen an meiner Stelle, im oben angegebenen Zeitraum, die Einwilligung zu dringend notwendigen operativen Eingriffen zu geben (**ggf. streichen**).

Ich erlaube dem Leitungsteam Zecken, Spreißel und Ähnliches zu entfernen und Wunden zu desinfizieren. Ja Nein

Ort, Datum

Name und Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten