

Gesundheitsblatt für die Harder Schülerbetreuung

(die Angaben werden vertraulich behandelt)



Nachname des Kindes: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ SVNR: _____ Geburtsort: _____

Wohnhaft in: _____
Straße Hausnummer Postleitzahl Gemeinde

Mitversichert bei: _____
Familiename Vorname SVNR Geburtsdatum

_____ Krankenversicherung (wie GKK, BVA, VA...) Arbeitgeber (bzw. Karenz, AMS usw.)

Telefon _____

Notfallnummer/weitere Ansprechperson: _____

Hausarzt/Kinderarzt: _____ Tel. Hausarzt/Kinderarzt: _____

Staatsbürgerschaft: _____ Religion: _____

Besteht bei Ihrem Kind erhöhter Förderbedarf: ja nein

Kaliumjodidtabletten zur sofortigen Einnahme bei radioaktiven Unfällen: ja nein

Chronische Krankheiten: _____
(bei Unklarheiten bitte Ihren Arzt fragen!)

Medikamente (regelmäßige Einnahme bzw. wichtige Bedarfsmedikamente) wenn ja, welche und wie erfolgt die Einnahme:

Name des Medikaments: _____ Einnahme (morgens, mittags, abends, nachts): _____

Bemerkungen: _____

Allergien gegen:

Insekten (z.B. Biene / Wespe): ja nein falls ja, Notfallset vorhanden? ja nein

Nahrungsmittelallergien bzw. -unverträglichkeiten: _____

Medikamente (bitte genaue Angaben, beobachtete Reaktion wie z.B. Ausschlag, Atemnot, Blutdruckabfall bzw. Durchfall)

Impfungen: Tetanus (Wundstarrkrampf) ja nein Impfungen am: _____
FSME (Zecken) ja nein Impfungen am: _____

Besonderheiten (weitere gesundheitl. Risiken usw.): _____

Hard, am _____

Unterschrift eines Erziehungsberechtigten