

# Gesundheitsblatt

(die Angaben werden vertraulich behandelt)



Nachname des Kindes: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ SVNR: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Wohnhaft in: \_\_\_\_\_  
StraÙe 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: \_\_\_\_\_

**Unfälle, Operationen:** Jahr Art des Unfalles, der Operation Krankenhaus (bzw. Arzt)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 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