

1. PERSONALIEN

Name	Vornamen	v/o (Jungschiname)
Adresse	Ort	Geburtsdatum

2. KONTAKT FÜR NOTFÄLLE

Name	Vorname	Beziehung zum Kind
Adresse	Ort	Mobiltelefon

3. ARZT UND VERSICHERUNG

Hausarzt Name	Hausarzt Telefon
----------------------	-------------------------

Unfallversicherung Name	Unfallversicherung Hotline
Krankenkasse Name	Krankenkasse Hotline

4. GESUNDHEITZUSTAND

Gab es kürzlich Unfälle, Krankheiten oder Operationen?

Kürzliche Unfälle, Krankheiten, Operationen	
Behandelnder Arzt	Telefon Arzt

5. ALLERGIEN & UNVERTRÄGLICHKEITEN

(Z.b Asthma, Bienen-/Wespenstiche, Heuschnupfen, Lebensmittel, Medikamente, Weitere...)

Falls etwas vorhanden bitte aufschreiben (inkl. Medikamente Anwendungsverordnung und Reaktion).

--

6. WEITERES

Chronische Krankheiten	Bemerkungen
-------------------------------	--------------------

Weitere Bemerkungen & Empfehlungen

7. MEDIKAMENTENABGABE

- Dem/der Teilnehmer*in **dürfen bei Bedarf rezeptfreie Medikamente** selbständig vom leitungsteam verabreicht werden.
- Dem/der Teilnehmer*in **müssen** vom Leitungsteam **regelmäßig Medikamente** verabreicht werden. Bitte jegliche Medikamente angeben, welcher der teilnehmenden Person regelmäßig verabreicht werden müssen:

Bezeichnung	Dosierung	Einnahmевorschrift

- Der/die Teilnehmer*in nimmt selbständig regelmäßig Medikamente ein.

Bezeichnung	Dosierung	Einnahmевorschrift

Das Leitungsteam behält sich vor, in Notfällen ohne Rücksprache einen Arzt aufzusuchen. Die Eltern/ Erziehungsberechtigten werden baldmöglichst informiert, sobald die medizinische Betreuung gesichert ist.

Unterschrift der gesetzlichen Vertretung:

*Bitte ausgedruckt in beschriftetes Couvert legen, aktuelle **Kopie des Impfausweises** beilegen und dem Leitungsteam beim Treffpunkt abgeben.*

Danke!