

Gesundheitsfragebogen

Name des Kindes:

Geburtsdatum des Kindes

Name der Eltern/Erziehungsberechtigten:

Adresse:

☎ Telefonnummer/Handynummer:

Meine Krankheit heißt:

Ich reagiere besonders auf:

Ich habe öfter schon gehabt:

Ich habe schon einmal einen Allergieschock/epileptischen Anfall oder ähnliches gehabt:

Ja _____

nein _____

Bei einem akuten Anfall/Schock/Schub helfen mir folgende Medikamente in der angegebenen Dosierung:

Name der Medikamente

Dosierungen

Name meines Kinderarztes/meiner Kinderärztin:

Adresse:

☎ Telefonnummer

Ort/Datum:

Unterschrift der Erziehungsberechtigten