

Gesundheitsfragebogen

(pro Kind einen Fragebogen ausfüllen)

Name des Kindes: _____ . Turnus

Geburtsdatum: _____ Vers. Nummer: _____

Versichert durch (Vater oder Mutter)

Name: _____

Vers. Nr. (von Vater oder Mutter): _____ Tel.: _____

Kreuzen Sie bitte Zutreffendes an

Krankheiten

Krankheit: _____

benötigte Medikamente: _____

Einnahme: _____

keine besonderen Krankheiten

Allergien

Allergien: _____

keine bekannten Allergien

Verhaltensauffälligkeiten (z. B. Schlafwandeln, ADHS, ...)

Verhaltensauffälligkeiten: _____

keine Verhaltensauffälligkeiten

Besonderheiten (z. B. gelegentliches Bettnässen, Epilepsie ...)

Besonderheiten: _____

keine

Um einen unbeschwerten Aufenthalt Ihres Kindes zu gewährleisten, brauchen wir Ihre Mithilfe.
Die Daten werden vertraulich behandelt.

Die Heimleitung

Die Datenschutzrechtliche Information
nach Artikel 13 DSGVO befindet
sich auf der Rückseite dieses Blattes.

Unterschrift des Erziehungsberechtigten