

Gesundheitsfragebogen

___.Turnus

Name des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____ Vers. Nummer: _____

Versichert durch (Vater oder Mutter)

Name: _____

Vers. Nr. (von Vater oder Mutter) _____

Tel. Nr. der Erziehungsberechtigten: _____

Kreuzen Sie bitte Zutreffendes an (pro Kind ein Merkblatt ausfüllen):

Krankheit _____

benötigte Medikamente _____

wenn ja, welche _____

Einnahme _____

Allergien _____

wenn ja, welche _____

Verhaltensauffälligkeiten (wie Schlafwandeln,...) _____

wenn ja, welche _____

Sonstiges _____

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.
Um Kenntnisnahme wird gebeten.

Unterschrift des Erziehungsberechtigten