

Gesundheitsbogen Teilnehmer Royal Rangers Stammposten 90 Krefeld

Info: Sie können dieses Formular bequem mit dem Acrobat Reader ausfüllen und anschließend das Formular vollständig unterschrieben bei einem Teamleiter / Stammlleiter abgeben.

Kontaktdaten:

Vorname des Kindes	Nachname	Geburtsdatum	Geburtsort
Vorname Erziehungsberechtigte/r		Nachname Erziehungsberechtigte/r	
Straße und Hausnummer		PLZ, Ort und ggf. Teilort	
Vorwahl & Telefon Festnetz		Mobil Erziehungsberechtigter	
Mobil Kind (falls vorhanden)		E-Mail Adresse des Kindes (falls vorhanden)	
E-Mail Adresse des Erziehungsberechtigten		E-Mail Adresse des Erziehungsberechtigten	
Chronische Krankheiten (Allergien, Medikamente...)			
Team Name			

Krankenversicherung des Kindes
Krankenversicherungsnummer des Kindes
Geschäftsstelle
Name und Geburtsdatum des Versicherten

Leidet Ihr Kind an einer chronischen Krankheit?	Ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja welche:		
Leidet Ihr Kind an ansteckenden Krankheiten?	Ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja welche:		
Leidet Ihr Kind an Allergien?	Ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja welche:		

Ist Ihr Kind Bettnässer/ Bettnässerin?	Ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Trägt Ihr Kind eine Zahnsperre?	Ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Trägt Ihr Kind eine Brille/ Kontaktlinsen?	Ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Ist Ihr Kind gegen Tetanus geimpft worden?	Ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Datum:		
Ist Ihr Kind gegen Zecken geimpft worden?	Ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Datum:		
Befindet sich Ihr Kind in ärztlicher Behandlung?	Ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Braucht Ihr Kind Medikamente?	Ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Welche?		
Dosierung?		
Ich bin einverstanden mit der Anwendung von		Sonstige
Schmerzmitteln	<input type="checkbox"/> z.B. Paracetamol	<input type="checkbox"/>
Salben, Antiseptika	<input type="checkbox"/> z.B. Jodsalbe	<input type="checkbox"/>
Wund- und Heilsalben,	<input type="checkbox"/> z.B. Bepanthen	<input type="checkbox"/>
schmerzlindernde Salben	<input type="checkbox"/> z.B. Voltaren	<input type="checkbox"/>
Antihistaminika	<input type="checkbox"/> z.B. Fenistil	<input type="checkbox"/>

Name, Anschrift und Telefon des behandelnden Arztes:
Name:
Anschrift:
Telefon:

Mein Kind ist	Schwimmer <input type="checkbox"/>	Nichtschwimmer <input type="checkbox"/>
Schwimm-Abzeichen:		

Wir möchten die Leitung der Freizeit noch auf folgendes hinweisen: