

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zum Gesundheitszustand Ihres Kindes so genau wie möglich:

Name, Vorname: _____

Name des Hausarztes: _____ Tel.: _____

letzte Tetanusimpfung (bitte unbedingt angeben!!): _____

Krankenkasse: _____

Gesundheitszustand

Bitte ankreuzen

Herz-Kreislauf-Erkrankungen:			
Hoher Blutdruck (Hypertonie)	<input type="radio"/> Ja	Herzerkrankung	<input type="radio"/> Ja
Niedriger Blutdruck (Hypotonie)	<input type="radio"/> Ja	Herzoperation	<input type="radio"/> Ja
Herzklappenerkrankung/-defekt	<input type="radio"/> Ja	Herzschrittmacher	<input type="radio"/> Ja
Infektionskrankheiten			
HIV	<input type="radio"/> Ja	Impfstatus Covid-19:	
Hepatitis	<input type="radio"/> Ja	_____	
Tuberkulose	<input type="radio"/> Ja	_____	
andere:			
Allergien / Unverträglichkeiten			
Lokalanästhetika	<input type="radio"/> Ja		
Schmerzmittel	<input type="radio"/> Ja		
Antibiotika	<input type="radio"/> Ja		
andere:			
Weitere Erkrankungen			
Blutgerinnungsstörungen	<input type="radio"/> Ja	Diabetes	<input type="radio"/> Ja
Asthma	<input type="radio"/> Ja	Nierenfunktionsstörungen	<input type="radio"/> Ja
Lungenerkrankung	<input type="radio"/> Ja	Osteoporose	<input type="radio"/> Ja
Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/> Ja	Ohnmachtsneigung	<input type="radio"/> Ja
Rheuma	<input type="radio"/> Ja	Epilepsie	<input type="radio"/> Ja
Krebserkrankung	<input type="radio"/> Ja		

Schwangerschaft	<input type="radio"/> Ja	Bekommen Sie regelmäßig	
Nehmen Sie die Antibabypille ein?	<input type="radio"/> Ja	Spritzen o. Infusionen?	<input type="radio"/> Ja

Regelmäßige Medikamente	<input type="radio"/> Ja		
Wenn ja, welche:			

Hiermit erteile ich den Betreuern die Erlaubnis, meinem Kind (Name) _____ folgende Medikamente mit beschriebener Dosierung bei Bedarf zu verabreichen:

Wichtige Informationen:

- Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.
- Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.
- Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.