##### Ergänzung zum Aufnahmebogens:

Blatt 1 von 2

|  |  |
| --- | --- |
| **Name, Vorname des Kindes:** | **Geburtsdatum des Kindes:** |
|  |  |

Benötigt ihr Kind regelmäßig Medikamente?

□ Ja

□ Nein

Medikamentenname:

Dosierung:

Einnahmezeit:

Benötigt ihr Kind Notfallmedikamente?

□ Ja

□ Nein

Medikamentenname:

Dosierung:

Bei welcher Situation?

Bei Besonderheiten und Notfällen unbedingt informieren:

Blatt 2 von 2

Bestehen bei Ihrem Kind Gesundheitsrisiken oder Erkrankungen wie zum Beispiel Allergie gegen Bienenstich, Nahrungsunverträglichkeiten oder andere?

□ Nein

□ Ja, bitte stellen Sie das Gesundheitsproblem dar:

Sonstige wichtige Informationen:

Für die Richtigkeit der Informationen zu unserem Kind: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift der Erziehungsberechtigten, Datum