

# Gesundheitsbogen für die Kinderwoche 2024

(Falls Ihr Kind während der KIWO ärztliche Versorgung in Anspruch nehmen muss)

Name des Kindes: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ SV-Nr.: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ Tel. Eltern: \_\_\_\_\_

Im Notfall zu verständigen: \_\_\_\_\_

Bei welcher Krankenkasse und welchem Elternteil (Name & SV-Nr.) ist ihr Kind mitversichert?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Welche Impfungen hat Ihr Kind erhalten und ist im Schutz? (zutreffendes bitte ankreuzen)

O Tetanus: wenn ja, wann? \_\_\_\_\_ O Corona: wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

O Zeckenimpfung (FSME): wenn ja, wann? \_\_\_\_\_ O Diphtherie O Kinderlähmung (Polio)

O Keuchhusten (Pertussis) Hepatitis O A O B O Masern O Mumps O Röteln

Varicellen (Feuchtblattern/Windpocken): O geimpft O durchgemacht O noch nicht gehabt

Hatte mein Kind: Scharlach, öfters Mittelohrentzündung, ... \_\_\_\_\_

Leidet mein Kind an einer chronischen Erkrankung? (z.B.: Diabetes, Asthma, Herzfehler, ...)

\_\_\_\_\_

Hatte mein Kind Operationen? \_\_\_\_\_

Hat mein Kind Allergien oder Unverträglichkeiten? (z.B. Nahrungsmittel, Hausstaub, Tierhaare, Pollen, ... bzw. Laktose- oder Histaminintoleranz, ...) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Muss mein Kind regelmäßig Medikamente zu sich nehmen? Wenn ja, welche? Wann? Wie oft?

\_\_\_\_\_

Besondere Hinweise und Rücksichtnahme bez. meines Kindes: (z.B. leichte Ermüdbarkeit, Brille, Zahnsperre, ...)

\_\_\_\_\_

Ich erlaube, den LagerleiterInnen, dass...

...im Falle eines Zeckenbisses dieser entfernt werden darf.

O ja O Nein

...meinem Kind bei Bedarf rezeptfreie Medikamente (Nureflex / Mexalen / Hustensaft / kühlende Salbe) verabreicht werden dürfen.

O ja O Nein

Bei etwaigen Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Lena Prem: 0699 / 14283547

Hannah Leitner: 0677 / 61981259

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift Erziehungsberechtigte/r: \_\_\_\_\_