



## Gesundheitsfragebogen Stamm Pegasus

Diesen Bogen bitte ausfüllen/ausdrucken, von dem / den Erziehungs-/Sorgeberechtigten unterschreiben lassen und mit den Anmeldeformularen abgeben.

Name, Vorname	Geburtsdatum	Stamm
Straße, Nr.		PLZ, Ort
Schutzimpfungen (bitte Datum angeben)		
Tetanus / Hepatitis A / Hepatitis B / Diphtherie / Polio/Kinderlähmung Masern/ / Mumps / Röteln / FSME / Keuchhusten / Windpocken / sonstige Impfungen		
Bekannte Vorerkrankungen/Operationen		
Unser Kind/ich hatte folgende Erkrankungen		
Windpocken Scharlach Mumps Masern Röteln Diphtherie		
Folgende Anfälligkeiten sind bekannt (z.B. Asthma, Heuschnupfen, Reisekrankheit, Medikamenten-, Lebensmittel-, sonstige Allergien, Epilepsie, etc.)		
Mein / Unser Kind befindet sich zurzeit in ärztlicher Behandlung (behandelnder Arzt)		
Mein / Unser Kind bekommt als Bedarfs-/ Dauermedikation folgende Medikamente und weiß damit umzugehen:		
Unser Kind nimmt die Medikamente selbst ein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Der Gruppenleiter sorgt für die regelmäßige Einnahme der Medikamente <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Bei meinem / unserem Kind ist auf Folgendes zu achten (Einschränkungen etc.)		
Glaubenszugehörigkeit *	Einschränkungen in der Behandlung	
Krankenkasse	Kassennummer	Versichertennummer
Versichert über	Status	Versichertenkarte gültig bis

\* Angabe freiwillig

Im Falle einer Erkrankung oder eines Unfalles darf

Name, Vorname	Geburtsdatum	Funktion

über Behandlungen entscheiden und in medizinische Eingriffe (einschließlich Operationen) einwilligen. Bei lebensbedrohlichen Erkrankungen/ Unfällen entscheidet der behandelnde Arzt vor Ort.

Im Falle einer Erkrankung oder eines Unfalles darf / dürfen nur die Erziehungs-/ Sorgeberechtigten über Behandlungen entscheiden und in medizinische Eingriffe (einschließlich Operationen) einwilligen.

Es besteht zurzeit keine akute/ansteckende Erkrankung.

Ich bin / Wir sind (jederzeit) wie folgt zu erreichen:

Name, Vorname	Telefon	Mobil
Straße, Nr.		PLZ, Ort
Name, Vorname	Telefon	Mobil
Straße, Nr.		PLZ, Ort

Im Falle der Unterschrift nur eines Erziehungs-/ Sorgeberechtigten versichert dieser an Eides statt, dass der andere Erziehungs-/Sorgeberechtigte ebenfalls diesem zustimmt. Ich bin / Wir sind damit einverstanden, dass die persönlichen und Behandlungsdaten zum Zwecke der gesetzlich vorgeschriebenen Dokumentation gespeichert werden. Nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfrist werden die Daten gelöscht!

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Erziehungs-/Sorgeberechtigten

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Erziehungs-/Sorgeberechtigten