

3. Gesundheitsfürsorge

3.1 Versicherung

Krankenversichert bei folgender privater gesetzlicher
Krankenkasse: _____

Name des/ der Familienangehörigen, über den die oben genannte
Person versichert ist: _____

3.2 Hausarzt

Name	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	
Telefonnummer	

3.3 Impfungen

Datum der letzten Tetanusimpfung: _____

geimpft gegen FSME (Zeckenbiss)? nein

ja, Datum: _____

4. Medikamente

4.1 Rezeptpflichtig

Generell dürfen verschreibungspflichtige Medikamente nur nach
Verordnung durch einen Arzt verabreicht werden. Falls Ihr Sohn/
Ihre Tochter während der Fahrt Medikamente einnehmen muss,
informieren Sie uns bitte im Folgenden darüber.

Name Medikament	Dosierung	Zeitpunkt

Kind nimmt die Medikamente selber ein

Medikamente sollen verabreicht werden

4.2 Rezeptfreie

Bei Bedarf können wir Ihrem Kind rezeptfreie Medikamente wie
Kopfschmerztablette, Halstabletten, Wund- oder Sticksalbe
verabreichen oder eine Zecke entfernen. Bei größeren Problemen
nehmen wir Kontakt zu einem Arzt vor Ort auf.

Ich stimme der Verabreichung von rezeptfreien Medikamenten

zu

nicht zu

Ich stimme der Entfernung von Zecken durch einen Erwachsenen

zu

nicht zu

5. Allergien/ Unverträglichkeiten

Hat Ihr Kind Allergien oder Unverträglichkeiten?

- ja
 nein

Bei meinem Kind sind folgende Allergien / Unverträglichkeiten bekannt:

Im Notfall sind folgende Medikamente zu verabreichen:

Name Medikament	Dosierung	Zeitpunkt

6. Baden

Badeerlaubnis: ja nein

Schwimmer Nichtschwimmer

Schwimmstufe: _____

Datum: _____

Unterschrift

Erziehungsberechtigte/r: _____

Freizeitpass

1. Angaben zum Kind

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	

2. Erreichbarkeit Sorgeberechtigter

Name	
Vorname	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	
Telefonnummer	