

## Gesundheitsfragebogen

Name und Vorname:

Geburtsdatum:

Letztes bestandenes Schwimmabzeichen:

Grösse und Gewicht:

### Allgemeine Informationen zur Gesundheit des Kindes:

Entwicklungsstörung:  nein  ja: \_\_\_\_\_

chronische Erkrankungen:  nein  ja: \_\_\_\_\_

vorherige Operationen:  nein  ja: \_\_\_\_\_

Allergien:  nein  ja: \_\_\_\_\_

regelmässige Medikamente:  nein  ja: \_\_\_\_\_

Brillenträger:  nein  ja: \_\_\_\_\_

Sonstiges, woran besonders  
gedacht werden sollte?  Nein  ja: \_\_\_\_\_

### Impfungen:

o Hepatitis A/B                      o Tetanus                      o Diphtherie                      o Polio (IPV)  
o Petussis (Keuchhusten)                      o HIB                      o Masern/Mumps/Röteln                      o \_\_\_\_\_

### Hausarzt

Name: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

### Notfallkontakt

Name und Vorname: \_\_\_\_\_ Beziehung: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

### Personen die befugt sind, das Kind vom Day Camp for Kids abzuholen:

Name und Vorname: \_\_\_\_\_ Beziehung: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Mit der Unterschrift bestätige ich, dass die oben angegebenen Informationen aktuell sind und das ich das Betreuungsteam bei Änderungen stets auf dem laufenden halte.

Ort und Datum:

Unterschrift: