

# Gesundheitsfragebogen

Name & Vorname Kind: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Letztes bestandenes Schwimmabzeichen: \_\_\_\_\_

Grösse & Gewicht: \_\_\_\_\_

## Allgemeine Informationen zur Gesundheit des Kindes:

Entwicklungsstörungen:       nein       ja: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

Brillenträger:       nein       ja: \_\_\_\_\_

spezielles beim Essen:       vegetarisch       Sonstiges: \_\_\_\_\_

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

## Impfungen:

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

## Hausarzt:

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

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

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

## Notfallkontakt:

Name: \_\_\_\_\_ Beziehung \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

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

sofern diese vom Notfallkontakt abweichen

Name: \_\_\_\_\_ Beziehung \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

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

Ort & Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_