



## MEDIZINISCHE INFORMATIONEN

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

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

### Hausarzt

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

Telefon: \_\_\_\_\_

### Krankenkasse

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

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

### Unfallversicherung

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

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

### Sind Allergien bekannt (Medikamente, Lebensmittel, Pollen, Insekten, etc.)?

Nein  Ja

Welche? \_\_\_\_\_

### Ist Ihr Kind Bettnässer/in?

Nein  Ja

### Muss Ihr Kind regelmässig Medikamente einnehmen?

Nein  Ja

Medikament	Gegen was?	Einnahmezeit(en) und Dossierung?	Selbstständige Einnahme?

### Sonstige Bemerkungen:

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

**Bitte Kopie des Impfausweises beilegen!**

**Versicherung ist Sache des Teilnehmenden!**

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