**Anlage 7 Ergänzung des Aufnahmebogens:**

Blatt 1/2

|  |  |
| --- | --- |
| **Name, Vorname des Kindes:** | **Geburtsdatum des Kindes:** |
|  |  |

Benötigt ihr Kind regelmäßig Medikamente?

□ Ja

□ Nein

Medikamentenname:

Dosierung:

Einnahmezeit:

Benötigt ihr Kind Notfallmedikamente?

□ Ja

□ Nein

Medikamentenname:

Dosierung:

Bei welcher Situation?

Wer ist zu informieren, Eltern, ärztlicher Notfalldienst?

Blatt 2/2

Bestehen bei Ihrem Kind Gesundheitsrisiken oder Erkrankungen wie zum Beispiel Allergie gegen einen Bienenstich?

□ Nein

□ Ja, bitte stellen Sie das Gesundheitsproblem dar:

Sonstige wichtige Informationen:

Für die Richtigkeit der Informationen zu unserem Kind: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift der Erziehungsberechtigten, Datum