



Kind

Vor- und Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Notfallnummern

Elternteil 1: _____

Elternteil 2: _____

Hausarzt

Name: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Allergien, Krankheiten

Hat Ihr Kind Allergien oder Krankheiten?

Bagatellfälle (Schürfwunden, Insektenstiche, kleine Verbrennungen usw.)

Darf Ihr Kind bei kleinen Verletzungen mit folgenden Arzneimitteln versorgt werden?

	Ja	Nein
Bei Schürfwunden und Schnittwunden mit Heilsalbe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei Insektenstichen und Verbrennungen mit Combudoron.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei Prellungen mit Arnika Salbe und Globuli.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wund-Desinfektionsspray.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum und Unterschrift:

Bemerkungen:

