
Gesundheitsbogen

Name Schüler:in	
Geburtsdatum	
Klasse	

Oben genannte Person hat zurzeit keine gesundheitlichen Einschränkungen.

Oben genannte Person hat zurzeit folgende Krankheiten/Allergien/Unverträglichkeiten (z. B. Herz-Kreislauf-Schwäche, Diabetes, Epilepsie, Asthma, Bluter, etc./Allergien z.B. gegen Medikamente, Lebensmittel, etc.):

Auf Folgendes ist bei den zuvor genannten Krankheiten/Allergien/Unverträglichkeiten zu achten (evtl. Rückseite benutzen):

Oben genannte Person nimmt zurzeit folgende Medikamente:

Auf Folgendes ist bei der Einnahme zu achten (evtl. Rückseite benutzen):

Wichtiger Hinweis:

Benötigte Medikamente (z.B. Allergietabletten, Asthmaspray) müssen in ausreichender Menge mitgenommen werden.

Oben genannte Person ist bei folgender Versicherung **krankenversichert (Auslandskrankenversicherung):**

Bitte folgende Person im Notfall benachrichtigen

(Angabe Vorname, Name, Anschrift, Telefon-/Handynummer, E-Mail-Anschrift):

Ort, Datum Unterschrift Erziehungsberechtigte bzw. oben genannte volljährige Person