

# Fragebogen zur Erreichbarkeit und Informationen zur Gesundheit

Name, Vorname des Kindes geboren am

Name, Vorname der Mutter

Name, Vorname des Vaters

Straße Hausnummer, Postleitzahl Ort

## Arbeitsplatz der Mutter

Firmen Telefon

Straße Hausnummer, Postleitzahl Ort

## Arbeitsplatz des Vaters

Firma Telefon

Straße Hausnummer, Postleitzahl Ort

### 1. Notruf an

### 2. Notruf

Name Telefon Name Telefon

**Hausarzt** **Kinderarzt**

Name Telefon Name Telefon

Leidet Ihr Kind unter Krankheiten, die besonderen Maßnahmen bedürfen, z.B. Allergien, Epilepsie?

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Maßnahme: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Welche Impfungen hat das Kind?

|                              | ja | nein | weiß<br>nicht |                            | ja | nein | weiß<br>nicht |
|------------------------------|----|------|---------------|----------------------------|----|------|---------------|
| Diphtherie                   |    |      |               | Polioviren (Kinderlähmung) |    |      |               |
| Tetanus                      |    |      |               | Hepatitis B (Gelbsucht)    |    |      |               |
| Pertussis                    |    |      |               | Mumps                      |    |      |               |
| HiB = Hämophilus influenza B |    |      |               | Röteln                     |    |      |               |

Sonstige Informationen gesundheitlicher oder familiärer Art, die für die Mitarbeiter/Innen von Wichtigkeit sein können: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_