

## Gesundheitsdatenblatt

Name des Kindes: ..... geb.: .....

Anschrift: .....

.....

**Besondere gesundheitliche Merkmale des Kindes:**  
(Allergien, Krankheiten, Lebensmittelunverträglichkeit)

.....

.....

.....

**Werden Dauermedikamente eingenommen?**

ja  nein

Welche? .....

**Medikamente dürfen vom Erzieher nicht verabreicht werden. Ausnahmefälle sind nur bei Notfallmedikamenten möglich und müssen mit dem behandelnden Arzt und den Eltern genau besprochen werden.**  
Der Leitung der Einrichtung muss bei Notfallmedikamenten eine Verschreibung vom Arzt mit der Angabe der Dosis vorgelegt werden. Die Eltern sind für die Aktualität der Verschreibung verantwortlich.

**Wer ist der behandelnde Kinderarzt?** .....

1. Telefonnr. für den Notfall: .....

2. Telefonnr. für den Notfall: .....

Wer soll benachrichtigt werden, .....  
wenn die Notfallkontakte nicht erreichbar sind?

**Die Kindereinrichtung unternimmt in Notfällen die Erstversorgung des Kindes im Rahmen der gesetzlichen Ersthelfer-Tätigkeit.**

**Impfstatus\***

<u>Impfung</u>	<u>Ja</u>	<u>Nein</u>	<u>Wenn ja, Datum der letzten Impfung</u>
Tetanus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Diphtherie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Pertussis (Keuchhusten)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____

\*Orientiert an der Empfehlung der Ständigen Impfkommission

Hib (H. influenzae Typ b)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Poliomyelitis (Kinderlähmung)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Hepatitis B	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Pneumokokken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Rotaviren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Meningokokken C	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Masern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Mumps, Röteln	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Varizellen (Windpocken)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Influenza (Grippe)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
HPV (Humane Papillomviren)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____

*Bitte legen Sie uns zusätzlich eine Kopie des Impfausweises bei der Abgabe dieses Datenblattes bei.*

**Angaben zum Versicherungsschutz:**

Name des Versicherten: .....

Krankenkasse: .....

Versicherungsnummer: .....

**Wer soll im Krankheitsfall Ihres Kindes benachrichtigt werden?**

Name: ..... Tel.: .....

Name: ..... Tel.: .....

Name: ..... Tel.: .....

## Angaben zu den Personensorgeberechtigten

**Name der Mutter:** .....

Anschrift: .....

Tel.: .....

Arbeitsstelle: .....

Tel.: .....

**Name des Vaters:** .....

Anschrift: .....

Tel.: .....

Arbeitsstelle: .....

Tel.: .....

### Besonderheiten in der Familie:

.....  
.....

### Dauervollmachten für Personen zum Abholen Ihres Kindes:

Name	Anschrift	Telefon

Ich bin darüber informiert worden, dass **der Erzieher schriftlich Bescheid** erhält:

- wenn mein Kind alleine in die Einrichtung gehen darf.
- wenn mein Kind alleine nach Hause gehen darf (Datum + Uhrzeit+ Unterschrift).
- wenn mein Kind von einer Person abgeholt wird, die nicht im Datenblatt benannt wurde.

Der Ausweis ist beim Abholen des Kindes auf Verlangen des verantwortlichen Erziehers vorzuweisen.

Die Eltern sind verpflichtet, ihre Kinder in der Einrichtung abzumelden, sofern sie nicht kommen.

**Datum:** .....

**Unterschrift der Personensorgeberechtigten:** .....

.....