

Stammdatenblatt

Name, Vorname: _____

Geb. Datum: _____

Anschrift: _____
(Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer)

Telefon, Handy: _____

Krankenkasse: _____

Hausarzt / Kinderarzt: _____
(Name, Adresse)

Telefon Arzt: _____

Im NOTFALL ist zu benachrichtigen:

(Familienangehörige, Ärzte, Bekannte etc. – Bitte mit Angabe der Telefonnummer!)

Fragen zur Betreuung Ihres Kindes:

1. Folgende Allergien und Unverträglichkeiten sind uns bekannt:

2. Impfschutz gegen Wundstarrkrampf (Tetanus) : JA: NEIN:

Letzte Impfung am: _____

3. Es sind regelmäßig Medikamente zu geben, die auf dem folgenden „Medizinischen Datenblatt“ aufgeführt sind.

JA: NEIN:

Erklärung:

Wir geben unser Einverständnis, dass die von der Leitung der Einrichtung beauftragten MitarbeiterInnen unserem Kind Medikamente entsprechend der Verordnung des Arztes verabreichen bzw. die verordneten medizinischen Maßnahmen vornehmen.

Dieses schließt auch eine Verabreichung der aufgeführten Notfallmedikamente ein. Auf Schadensersatzansprüche, die über die gesetzlichen Versicherungsleistungen hinausgehen, verzichten wir.

Wir verpflichten uns, Änderungen der oben genannten Angaben sofort schriftlich mitzuteilen.

Ort, Datum

Unterschrift des / der Erziehungsberechtigten