



Medizinisches Informationsblatt

Name

Vorname

Versicherungsnummer

Name des Versicherten

▪ MEIN KIND IST GEIMPFT GEGEN

Tetanus FSME _____

▪ MEIN KIND LEIDET AN

Diabetes Asthma

Allergien - welche: _____

Sonstiges: _____

▪ MEDIKAMENTENEINNAHME

Medikament	Zeitpunkt			Anm
	F	M	A	

(Denken Sie bitte auch daran Kopfschmerztabletten im Bedarfsfalle einzutragen)

- Ich wünsche, dass die Medikamente meinem Kind verabreicht werden.
- Ich wünsche, dass mein Kind die Medikamente selbst verwaltet und einnimmt.
- Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meinem Kind im Erkrankungsfalle nach ärztlicher Anordnung Medikamente verabreicht werden dürfen.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich die Richtigkeit der Angaben und bestätige, dass mein Kind im Erkrankungs- bzw. Verletzungsfalle ärztlicher Behandlung zugeführt werden darf.

Datum: _____

Unterschrift: _____