

Klasse/Gruppe: \_\_\_\_\_ letzte Rückmeldung vom \_\_\_\_\_ Bustour Nr.: \_\_\_\_\_

<b>Nachname</b>		Straße	
<b>Vorname</b>		PLZ Wohnort	
geboren am		Telefon Nr. 1	
<input type="checkbox"/> Schule	<input type="checkbox"/> SVE	<input type="checkbox"/> KigaHPT	Telefon Nr. 2
<input type="checkbox"/> Internat	<input type="checkbox"/> KKG	<input type="checkbox"/> Koop-Kiga	Telefon Nr. 3
<b>Vater:</b>		<b>Hausarzt:</b>	
Nachname		Telefon Nr. 1	
Vorname		Telefon Nr. 2	
<b>Mutter:</b>		Krankenkasse (Name, Ort):	
Nachname			
Vorname		Versicherten Nr.:	
<b>Sonstige Erziehungsberechtigte:</b>		<b>Notfall-Krankenhaus (Name, Ort):</b>	
Name		1.	
<b>Diagnose:</b>		2.	
		Zusatzinfo:	
<b>Essen:</b>	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> vegetarisch	<input type="checkbox"/> muslimisch <input type="checkbox"/> püriert <input type="checkbox"/> Diät
Besonderheiten, bzw. Allergien (auf Lebensmittel)			
Hilfestellung, Hilfsmittel beim Essen		<input type="checkbox"/> Kleinschneiden	<input type="checkbox"/> Füttern <input type="checkbox"/> Trinken aus Becher
Sondennahrung			
<b>Medizinisches</b>			
Allergien allgemein:			
Kinderkrankheiten: <input type="checkbox"/> Masern <input type="checkbox"/> Windpocken <input type="checkbox"/> Röteln <input type="checkbox"/> Mumps <input type="checkbox"/> Scharlach <input type="checkbox"/> Keuchhusten			
Sonstige Kinderkrankheiten			
Impfungen (bitte Datum angeben)	Tetanus _____ Hepatitis B _____	Diphtherie _____	Röteln _____ Polio (Kinderlähmung) _____
Sonst. Impfungen			
<b>Medikamente (Name) und Dosierung:</b>			
Besonderheit zu Medikamenten			
Medikamentenunverträglichkeit			
<b>Anfälle</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Kein Notfallmedikament
Erster Anfall:		Letzter Anfall:	
Notfallmedikament/Dosierung:			
<b>Pflege/Hygiene:</b> Hilfestellung bei <input type="checkbox"/> An-/Ausziehen <input type="checkbox"/> Waschen <input type="checkbox"/> Toilettengang <input type="checkbox"/> Essen <input type="checkbox"/> Windeln			
Sonstige Besonderheiten			
<b>Hilfsmittelaufistung</b>			
<input type="checkbox"/> Schieberollstuhl	<input type="checkbox"/> Dreirad	<input type="checkbox"/> Einlagen	<input type="checkbox"/> Hörgerät
<input type="checkbox"/> Einhandrollstuhl	<input type="checkbox"/> Krücken/Unterarmstützen	<input type="checkbox"/> Schienen	<input type="checkbox"/> Kopfschutz
<input type="checkbox"/> Buggy	<input type="checkbox"/> Dreipunktstützen	<input type="checkbox"/> Korsett	<input type="checkbox"/> Stehständer
<input type="checkbox"/> Rollator	<input type="checkbox"/> Orthopädische Schuhe	<input type="checkbox"/> Talker	<input type="checkbox"/> Altersgerechter(s) Autositz/Gurtsystem
<input type="checkbox"/> Fahrrad/NF-Walker	<input type="checkbox"/> Innenschuhe	<input type="checkbox"/> Brille	
Was muss beim Einsteigen/Heben beachtet werden?			

Schuljahr 2017/18 **Unterschrift Erziehungsberechtigte:** \_\_\_\_\_  
 Schuljahr 2018/19 Änderung  ja  nein **Unterschrift:** \_\_\_\_\_  
 Schuljahr 2019/20 Änderung  ja  nein **Unterschrift:** \_\_\_\_\_