

Wichtige Angaben der Erziehungsberechtigten 2019

Name unseres Kindes: _____

Schwimmen (Schwimmen ist immer beaufsichtigt)

- Unser Kind ist **Nichtschwimmer** Wir erlauben das Schwimmen/Baden.
 Unser Kind ist **Halbschwimmer** Ja Nein
 Unser Kind ist **Schwimmer**

Krankheiten

Folgende Krankheiten, Allergien, Operationen o.ä. erfordern in besonderer Weise Rücksicht bzw. die Einnahme von Medikamenten. **Medikamente bitte mit Name, Dosierung und Anwendungshinweis mit dem Kuvert abgeben.**

- Es besteht eine ausreichende Tetanus-Schutzimpfung.
Ja Nein (*Ein gültiges Impfbuch ist zur Freizeit mitzubringen*)

Urlaubsadresse

Ich/wir bin/sind in der Zeit vom _____ bis _____
unter folgender Adresse zu erreichen:

Name: _____ Telefon: _____

Ort: _____ Straße/Nr: _____

Vorzeitige Abholung > Keine Rückfahrt im Bus (Nur falls zutreffend ausfüllen und vorher absprechen)

Unser Kind wird abgeholt am _____ um _____ Uhr von: _____

Einverständniserklärung über evtl. Medikamentenverabreichung

Um bei kleineren Erkrankungen haushaltsübliche Medikamente verabreichen zu dürfen, benötigen wir ihr Einverständnis. Es kommen, wenn nötig, folgende Medikamente, die uns vom Kinderarzt empfohlen wurden, zum Einsatz (in Klammer: beispielhafte Produktnamen):

- | | |
|--|--|
| Bei <u>Insektenstichen, Schürfwunden</u> und bei <u>leichten Verbrennungen</u> : | Fenistil Gel, Panthenol Creme (Bepanthen), Octenisept, Soventol Hydrocort 0,25% |
| Bei <u>Übelkeit, Reisekrankheit und Erbrechen</u> : | Dimenhydrinat (Vomex A) |
| Bei <u>Schmerzen und Fieber</u> : | Paracetamol Saft (Ben-u-ron), Ibuprofen 4% Saft (Nurofen) ASS+C (Aspirin plus C), Paracetamol Tbl. |
| Bei <u>Durchfall und Darmproblemen</u> : | Perenterol Kapseln, Iberogast |
| Bei <u>Halsschmerzen und entzündeten Mandeln</u> : | Dolo-Dobendan Lutschtabletten |
| Bei <u>Verstauchungen und Prellungen</u> : | Sportsalbe (Mobilat) |
| <u>Wundverband</u> : | Standard Pflaster, Spray-Pflaster |
| <u>Sonstiges</u> : | Japanisches Heilpflanzenöl |

Zutreffendes bitte ankreuzen:

- Wir sind mit der Verabreichung der genannten, sowie ärztlich verordneter Medikamente, einverstanden.
 Es dürfen keine Medikamente verabreicht werden, außer von einem Arzt verordnete.
 Folgende Medikamente dürfen nicht verabreicht werden/Bemerkungen: _____

_____, den _____
Wir bestätigen die Richtigkeit aller Angaben:

(Unterschriften der Erziehungsberechtigten)