

Gesundheitsbogen

Maison Relais Packatuffi

Maison 84
L-9768 Reuler

+ 352 27800-602
inscription.rpac@elisabeth.lu
rpac.elisabeth.lu

Formular SEA-05

PERSÖNLICHE DATEN DES KINDES

Name	Vorname
Sozialversicherungsnr.	<input type="text"/>

AKTUELLER GESUNDHEITZUSTAND DES KINDES

Gibt es gesundheitliche Besonderheiten, die zu berücksichtigen sind?	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
Wenn ja, welche?				
Leidet Ihr Kind an einer chronischen Krankheit? (z. B. Diabetes, Epilepsie, usw.)	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
Wenn ja, welche?				
Nimmt Ihr Kind eine besondere Behandlung in Anspruch / nimmt es spezielle Medikamente?	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
Wenn ja, welche?				
Leidet Ihr Kind an einer Allergie?	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
Wenn ja, welche?				
Kann Ihr Kind an allen Tätigkeiten, Sportarten usw. teilnehmen?	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
Wenn nicht, welche sind zu vermeiden?				

Ernährung

Leidet Ihr Kind an einer Lebensmittelallergie?	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
Wenn ja, welche?				
Leidet Ihr Kind an einer Lebensmittelintoleranz?	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
Wenn ja, welcher?				
Muss Ihr Kind eine spezielle Diät einhalten?	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
Falls ja, bitte angeben?				
Ärztliche Bescheinigung zur Nahrungsmittelunverträglichkeit	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein

Durch den behandelnden Arzt erfasste Intervention

Ärztliche Bescheinigung: sportliche Einschränkung ja nein

Ärztliche Verordnung: zu verabreichende Medikamente bei chronischer Krankheit ja nein

Besteht ein individuelles Betreuungsprojekt PAI (Projet d'accueil individualisé)? ja nein

Wenn ja, welches?

Tägliche Pflege

Zur täglichen Pflege und/oder bei Verletzungen werden **ausschließlich** die nachstehenden Produkte verwendet.
Kann Ihr Kind mit diesen Produkten versorgt werden?

Desinfektionsspray: ja nein
Desinfektionsspray für kleine Wunden

Arnica naturel: ja nein
Gel bei Prellungen und Blutergüssen

Physiologica: ja nein
Lösung zur Reinigung von Nase / Auge

Purigel: ja nein
bei Insektenstichen

Crème solaire SPF 50: ja nein
regulärer Sonnenschutz

Zecken/Splitter

Ich gebe mein Einverständnis ggf. Zecken/Splitter bei meinem Kind sofort zu entfernen.
Ich werde unverzüglich darüber informiert. ja nein

Ich bin mir bewusst, dass es in meiner Verantwortung liegt, dafür zu sorgen, dass die Informationen über den Gesundheitszustand meines Kindes aktualisiert werden und ich die Einrichtung **unverzüglich schriftlich** über alle Änderungen zu informieren.

Ort:

Datum:

Unterschrift der erziehungsberechtigten Person

Der Verwaltung vorbehalten	
Formular eingereicht	am ____/____/____ um ____ Uhr
Art der Übermittlung	<input type="checkbox"/> E-Mail <input type="checkbox"/> Postsendung <input type="checkbox"/> persönlich übergeben _____