

Angaben zur/zum Lagerteilnehmer/in	Angaben zur/zum Versicherten
Vor- und Zuname	Vor- und Zuname
Geb. Datum	Geb. Datum
Straße / HNR	Arbeitgeber
PLZ / Stadt	Krankenkasse: Versicherungsnummer
Hausarzt: Name+Anschrift+Telefon	Krankenkasse: Name+Anschrift+Telefon

Mein Kind muss regelmäßig folgende Medikamente einnehmen:		
Medikament:	Dosierung:	Wurde ärztlich angeordnet am:

Mein Kind hat folgende Allergien:		
Medikamente:	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Pollen/Gräser/Insektenstiche:	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Lebensmittel:	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>

Hinweise der Eltern:		
Mein Kind ist Bettnässer / Bettnässer	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Mein Kind trägt eine Brille / Kontaktlinsen	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Mein Kind trägt einen Zahnregulierer	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Mein Kind ist Vegetarier	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>

