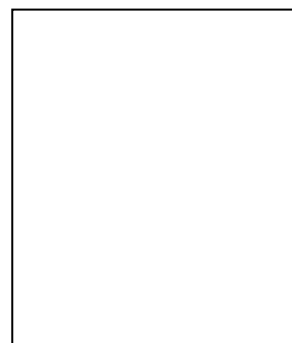


## MEDIZINFORMULAR

NAME : \_\_\_\_\_ VORNAME : \_\_\_\_\_ PHOTO :

GEBURTSDATUM : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_



Bitte beantworten Sie folgende Fragen:

Bestehen gesundheitliche Einschränkungen ? Ja /Nein

Wenn Ja welche ?

BEZEICHNUNG	JA	NEIN						
Diabete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Bluterkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Verhaltensauffälligkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Herzkrankheit / Fehler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Inkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
- Penizillin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
- Wespenstich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
- Andere, welche ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Diät	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
- Diabete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
- Vegetarisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
- Andere, welche ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Medikamente : regelmässige Benützung ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Name des Medikamentes	Morgen		Mittag		Abend		Nacht	
	Zeit	Menge	Zeit	Menge	Zeit	Menge	Zeit	Menge

Diese Tabelle wird nur im Notfall bedient. Grundsätzlich ist der Betreuer/Betreuerin für die korrekte Einnahme der Medikamente verantwortlich.

Bitte geben Sie uns die Reservemedikamente (z. B. im Falle eines epileptischen oder allergischen Anfalls) an :

NAME \_\_\_\_\_

DOSIS \_\_\_\_\_ BESONDERHEITEN \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_