Gemeinde PANKETAL

# Infoblatt - Medikamente, Allergien, gesundheitliche Besonderheiten

Name des Kindes:

Geburtsdatum:

Klasse:

Datum, Unterschrift Erziehungsberechtigte:

---

**Allergien / Unverträglichkeiten:**

Notfallmedikamente? Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, welche:

Dauerhafte Medikation? Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, welche:

---

**Diagnosen / chronische Erkrankungen:**

Notfallmedikamente? Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, welche:

Dauerhafte Medikation? Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, welche:

---

**Sonstige chronische Beeinträchtigungen / Besonderheiten:**