

TAZ Horgen Zweisprachige Tagesschule Gesundheitsblatt

Name/Vorname des Kindes:

.....

Haus- oder Kinderarzt/-ärztin:

.....

Tel.

.....

Wo ist Ihr Kind krankenversichert?

.....

Wo ist Ihr Kind unfallversichert?

.....

Wo ist Ihr Kind haftpflichtversichert?

.....

Soll Ihr Kind nach dem TAZ-Mittagessen die Zähne putzen?

Nein

Ja

Muss Ihr Kind zur Zeit Medikamente einnehmen?

Nein

Ja

Welche?

.....

Leidet Ihr Kind unter:

Asthma

Nein

Ja

Allergien

Nein

Ja

Welche?

.....

Blasenschwäche

Nein

Ja

anderen Krankheiten

Nein

Ja

Welchen?

.....

Hat Ihr Kind eine

Sehschwäche

Nein

Ja

Hörschwäche

Nein

Ja

Ist Ihr Kind zur Zeit in therapeutischer Behandlung,
z.B. Logopädie, Spieltherapie, Psychotherapie?

Nein

Ja

Welche?

.....

Sollte die Klassenlehrerperson weiteren medizinischen
Aspekten besondere Beachtung schenken?

Nein

Ja

Welche?

.....

Bemerkungen:

.....

Datum:

.....

Unterschrift der Eltern/Erziehungsberechtigten:

.....