



FRISCHLUFT

→ Bitte für jedes Kind gesondert ausfüllen! ←

Sommerferienfahrt Scharbeutz 2025

Fragebogen medizinische Angaben und Krankenversicherungsschutz

Name des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____

krankenversichert bei: _____ KV-Nr.: _____
(Name der Krankenkasse bzw. der privaten Krankenversicherung)

familienversichert über: _____
(Name und Geburtsdatum der/des Hauptversicherten)

Letzte Tetanus-Impfung am: _____

chronische Erkrankungen: _____

Behinderungen: _____

regelmäßige Medikamente: _____
(Namen; wann und in welcher Dosierung einzunehmen?)

Allergien/Medikamenten-
unverträglichkeiten: _____

Wir sind damit einverstanden, dass bei unserem Kind:

- kleinere Wunden durch Betreuerinnen/Betreuer versorgt werden und hierbei auch Wund-
desinfektionsspray verwendet werden darf: ja | nein

- Zecken durch Betreuerinnen/Betreuer entfernt werden dürfen: ja | nein

- Insektenstiche durch Betreuerinnen/Betreuer versorgt werden dürfen (z.B. mit Fenistil-Gel): ja | nein

- bei Reiseübelkeit SUPERPEP-Kaugummi gegeben werden dürfen: ja | nein

Ort, Datum _____

Unterschriften beider Eltern _____

Senden Sie uns bitte für jedes Kind die obige Erklärung ausgefüllt und unterschrieben an die unten genannte Adresse.

Vielen Dank!

Frischluff
Brandenburg-Berlin e.V.
Sachtelebenstr. 7
16321 Bernau
Tel.: (03338) 76 64 22