



## Gesundheits-Fragebogen

Leidet Ihr Kind an Allergien? Wenn ja, an welchen?

---

---

---

---

Welche Kinderkrankheiten hatte Ihr Kind bereits?

---

---

---

---

Muss Ihr Kind spezielle Medikamente einnehmen? Wenn ja, welche und zu welchem Zeitpunkt?

---

---

---

---

Möchten Sie uns im Bezug auf die Gesundheit Ihres Kindes sonst noch etwas mitteilen?

---

---

---

---

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift/en: \_\_\_\_\_