

Gesundheitsformular

Bitte füllen Sie dieses Formular sorgfältig aus, welches Bestandteil der Anmeldung ist.

Angaben zum Kind

Nachname _____ Vorname _____
Geburtsdatum (T/M/J) _____ Nationalität _____
Krankenversicherung _____ Policennummer _____

Angaben zu den Eltern

Vater / Erziehungsberechtigter

Nachname _____
Vorname _____
Telefon (Privat) _____
Telefon (Geschäft) _____
Mobile _____
Email _____

Mutter / Erziehungsberechtigte

Nachname _____
Vorname _____
Telefon (Privat) _____
Telefon (Geschäft) _____
Mobile _____
Email _____

Kinderarzt

Name _____ Telefon (Praxis) _____
Adresse _____

Können weder die Eltern / Erziehungsberechtigten noch die Notfallkontaktperson erreicht werden, handelt die KIDSZONE „in loco parentis“ bis die Eltern / Erziehungsberechtigten erreicht werden können.

Notfallkontakt

Name; Verhältnis zum Kind _____
Telefon /Mobile _____

Operationen

Hatte Ihr Kind schon eine oder mehrere Operationen?

Ja _____

Nein _____

Impfungen

Welche Impfungen hat Ihr Kind erhalten und zu welchem Zeitpunkt (Tag / Monat /Jahr)? Bitte eine Fotokopie des Impfpasses beilegen.

Diphtherie _____

Masern _____

Mumps _____

Röteln _____

Polio _____

Tetanus _____

Windpocken _____

HIB _____

Keuchhusten _____

Gibt es weitere Informationen über die Gesundheit Ihres Kindes, die der KIDSZONE bekannt sein sollten?

Ich / Wir bestätige(n), dass ich / wir dieses Formular wahrheitsgemäss ausgefüllt habe(n) und keine Informationen zurückhalte(n). Ich /Wir werde(n) die KIDSZONE bei Veränderung des Gesundheitszustandes meines / unseres Kindes unverzüglich informieren. Ich / Wir bin /sind darüber informiert, dass die KIDSZONE keine Kranken- oder Unfallversicherung für mein / unser Kind abschliesst und es in meiner / unseren persönlichen Verantwortung liegt diese Versicherungen in der Schweiz abzuschliessen. In einer Notfallsituation mache(n) ich / wir weder die KIDSZONE noch deren Mitarbeitenden für die Betreuung und den Transport verantwortlich. Bei einem Notfall (Unfall, Verletzung, etc.) erteile(n) ich / wir der KIDSZONE die Erlaubnis über die nötige Versorgung zu entscheiden, wenn weder die Eltern / Erziehungsberechtigten noch die Notfallkontaktperson erreichbar sind.

Unterschrift(en)

Datum (T/M/J)