

Name des Kindes: _____

geb. am: _____

Allergien und Unverträglichkeiten

Bei meinem/unserem Kind sind die folgenden Allergien und Unverträglichkeiten (Laktose, Bienen, Gräser, Pflaster, Medikamente etc.) bekannt:

Allergie / Unverträglichkeit	Symptome / Anzeichen	Behandlung	Im Notfall wenden an:
		<input type="checkbox"/> Medikation (siehe Medikamentenliste)	
		<input type="checkbox"/> Medikation (siehe Medikamentenliste)	
		<input type="checkbox"/> Medikation (siehe Medikamentenliste)	
		<input type="checkbox"/> Medikation (siehe Medikamentenliste)	
		<input type="checkbox"/> Medikation (siehe Medikamentenliste)	
		<input type="checkbox"/> Medikation (siehe Medikamentenliste)	
		<input type="checkbox"/> Medikation (siehe Medikamentenliste)	
		<input type="checkbox"/> Medikation (siehe Medikamentenliste)	
		<input type="checkbox"/> Medikation (siehe Medikamentenliste)	
		<input type="checkbox"/> Medikation (siehe Medikamentenliste)	

Ort, Datum, Unterschrift der / des Sorgeberechtigten