

Allergien-Liste

Name:

Geburtsdatum:

Allergie:

Symptome:

Medikation (Regelmäßige Medikamenteneinnahme/ Notfallmedikament ...):

Falls regelmäßige Einnahme, bitte entsprechend ankreuzen:

Einnahme selbstständig, keine Überwachung notwendig	<input type="checkbox"/>	Einnahme selbstständig, Überwachung vom Betreuer gewünscht	<input type="checkbox"/>	Einnahme unter Anwesenheit eines Betreuers erwünscht	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--	--------------------------	--	--------------------------

Sonstiges:

Datum:

Unterschrift der Erziehungsberechtigten:
