

# Medizin – Check

## für OGS, ÜMI und Frühbetreuung

Stand: 01.09.2023

Name, Vorname des Kindes: \_\_\_\_\_

1. Mein/ Unser Kind muss regelmäßig Medikamente einnehmen:

Nein

Ja

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

2. Müssen die Medikamente auch während der Betreuungszeit (bis 16:00 Uhr) eingenommen werden?

Nein

Ja

Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

3. Muss die Einnahme überwacht werden?

Nein

Ja

Bemerkungen hierzu: \_\_\_\_\_

4. Neigt Ihr Kind zu allergischen Reaktionen?

Nein

Ja

Wenn ja, welche Allergie(n) besteht/ bestehen?

\_\_\_\_\_

Mein/ Unser Kind darf folgende Lebensmittel nicht essen bzw. trinken:

\_\_\_\_\_

Bemerkungen zu besonderen Verhaltensmaßnahmen:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Erziehungsberechtigte