

Medizin – Check

für OGS, ÜMI und Frühbetreuung

Stand: 27.01.2025

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. Hat Ihr Kind Nahrungsmittel-Unverträglichkeiten und welche Symptome entstehen?

Nein _____ Ja _____

Laktoseintoleranz _____

Fruktoseintoleranz _____

Andere _____

5. Hat Ihr Kind Nahrungsmittel-Allergie(n)?

Nein _____ Ja _____

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

6. Mein/ Unser Kind darf folgende Lebensmittel aus gesundheitlichen, ethischen oder religiösen Gründen nicht essen bzw. trinken:

Bemerkungen zu besonderen Verhaltensmaßnahmen:

_____ Datum

_____ Unterschrift Erziehungsberechtigte