



## Personalbogen

### 1. Angaben über das Kind

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Geboren am \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

Konfession \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_

Ort, Ortsteil \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

Aufnahme am \_\_\_\_\_ Voraussichtlicher Austritt \_\_\_\_\_

### 2. Angaben über die Erziehungsberechtigten

**Vater:** Name, Vorname \_\_\_\_\_

Geboren am \_\_\_\_\_ Konfession \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_

Wohnort, Ortsteil \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Arbeitsstätte \_\_\_\_\_

**Mutter:** Name, Vorname \_\_\_\_\_

Geboren am \_\_\_\_\_ Konfession \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_

Wohnort, Ortsteil \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_





Arbeitsstätte \_\_\_\_\_

### 3. In Notfällen zu erreichen unter Telefonnr. (Zutreffendes bitte eintragen)

☎ Mutter: \_\_\_\_\_ mobil: \_\_\_\_\_

☎ Vater: \_\_\_\_\_ mobil: \_\_\_\_\_

☎ Großeltern: \_\_\_\_\_ mobil: \_\_\_\_\_

Sonstige Personen \_\_\_\_\_

(bitte Rückseite beachten ⇨)

### 4. Geschwister

Anzahl der Geschwister \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

### 5. Überstandene Krankheiten

(Zutreffenden bitte ankreuzen)

- |                                        |                                       |                                      |
|----------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Masern        | <input type="checkbox"/> Ringelröteln | <input type="checkbox"/> Tuberkulose |
| <input type="checkbox"/> Mumps         | <input type="checkbox"/> Keuchhusten  | <input type="checkbox"/> Gelbsucht   |
| <input type="checkbox"/> Diphtherie    | <input type="checkbox"/> Windpocken   | <input type="checkbox"/> Typhus      |
| <input type="checkbox"/> Paratyphus    | <input type="checkbox"/> Scharlach    | <input type="checkbox"/> Spinale     |
| <input type="checkbox"/> Kinderlähmung | <input type="checkbox"/> Röteln       |                                      |

### 6. Sonstige Krankheitsbilder

Übertragbare Hautkrankheiten \_\_\_\_\_

Allergien \_\_\_\_\_

Lebensmittelunverträglichkeiten \_\_\_\_\_

Sonstiges (z. B. Diabetes, Krampfleiden) \_\_\_\_\_





## 7. Impfungen

Bitte **Kopie des Impfpasses und ärztl. Bescheinigung zum aktuellen Impfstatus** beilegen. Nach neuen Impfungen bitte Ergänzungskopie für den Kindergarten.

## 8. Anschriften

Hausarzt \_\_\_\_\_  
Name, Adresse, Telefonnummer

Kinderarzt \_\_\_\_\_  
Name, Adresse, Telefonnummer

Krankenkasse \_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschriften der Erziehungsberechtigten

