



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 | |

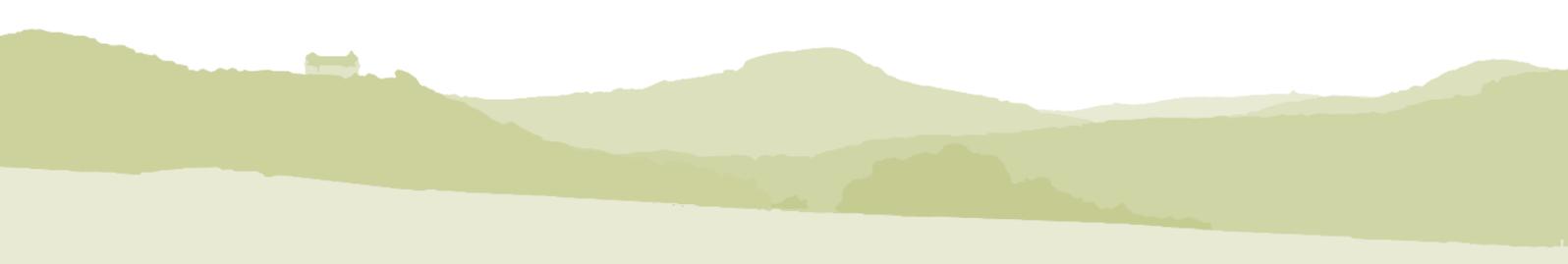
6. Sonstige Krankheitsbilder

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

