



Gesundheitszustand	Datum der letzten Starrkrampfimpfung _____ Regelmässig oder unregelmässig einzunehmende Medikamente (Bezeichnung, Einnahmевorschrift) _____ _____ _____ _____																																				
Zecken	Ist ihr Kind gegen Zecken geimpft? " Ja " Nein Zecken im Lager (Bitte nicht ausfüllen) <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <thead> <tr> <th style="width: 40%;">Datum</th> <th style="width: 30%;">Körperstelle</th> <th style="width: 30%;">Bemerkungen</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	Datum	Körperstelle	Bemerkungen																																	
Datum	Körperstelle	Bemerkungen																																			
Sonstiges / Bemerkungen	_____ _____ _____ _____ _____																																				