



Infozettel Medizin und Essen

Name, Vorname	
Allergiker	JA NEIN
Wenn ja, welcher?	
Diabetiker	JA NEIN
Bluter	JA NEIN
Sonst. Erkrankungen	
Nimmt Medikamente	JA NEIN
Wenn ja, welche?	
Im Bedarfsfall zu verständigen?	
Essenswünsche	
Vegetarisch	JA NEIN
Nahrungsmittel- unverträglichkeit	

Bei Minderjährigen Unterschrift der Erziehungsberechtigten

Ort, Datum

Unterschrift