

**Auskunft über Nahrungsmittel-Allergien und -Unverträglichkeiten
zur Verpflegungsplanung während des Aufenthaltes**

Reisedatum:	
Reisegruppe:	
Vor- und Nachname des betroffenen Gastes:	
Alter des Gastes:	
Vor- und Nachname Erziehungsberechtigte(r), Bevollmächtigte(r):	
Telefonische Erreichbarkeit 7-19 Uhr:	
Besondere Ernährungsform:	<input type="checkbox"/> ohne Schweinefleisch <input type="checkbox"/> vegetarisch <input type="checkbox"/> vegan (+5€)

Nahrungsmittel-Allergien (Bitte ankreuzen)		
Die vorliegende(n) Allergie(n) wurden ärztlich bestätigt am:		
<input type="checkbox"/> Milch	<input type="checkbox"/> Weizen	<input type="checkbox"/> Ei
<input type="checkbox"/> Erdnuss	<input type="checkbox"/> Soja	<input type="checkbox"/> Sellerie
<input type="checkbox"/> Schalenfrüchte, ggf. einzeln ankreuzen	<input type="checkbox"/> Fisch insgesamt	<input type="checkbox"/> Schwefeldioxid / Sulfit
<input type="checkbox"/> Haselnuss	<input type="checkbox"/> nur folgender Fisch:	<input type="checkbox"/> Sonstige:
<input type="checkbox"/> Mandel		
<input type="checkbox"/> Pistazie		
<input type="checkbox"/> Cashewnuss	<input type="checkbox"/> Weichtiere	
<input type="checkbox"/> Walnuss	<input type="checkbox"/> Krebstiere	
<input type="checkbox"/> Pekannuss		
<input type="checkbox"/> Paranuss		
<input type="checkbox"/> Macadamianuss		
<input type="checkbox"/> Sesam	<input type="checkbox"/> Senf	<input type="checkbox"/> Lupine

Erhöhtes Anaphylaxie-Risiko ()
Notfall-Set inkl. Adrenalin-Autoinjektor vorhanden
<input type="checkbox"/> Ja
<input type="checkbox"/> Nein

Zöliakie ()

Nahrungsmittel- Unverträglichkeiten (Bitte ankreuzen)			
<input type="checkbox"/> Laktoseintoleranz	<input type="checkbox"/> Fruktoseunverträglichkeit /- malabsorption	<input type="checkbox"/> angeborene Fruktoseintoleranz	<input type="checkbox"/> Sonstige

Datum:	Unterschrift:
---------------	----------------------