

Gesundheitsblatt

Bitte Formular genau ausfüllen. Ihre Angaben ermöglichen uns bei Krankheit oder Unfall fachgerechtes Handeln. Vielen Dank für Ihre Mühe.
Die Informationen werden vertraulich behandelt und nach dem Lager zurückgegeben.

Personalien

Name:		Ceviname:	
Vorname:		Geb. Datum:	
Adresse:			

Eltern (im Notfall zu erreichende Person)

Name:			
Telefon:		Handy:	

Hausarzt

Name:		Telefon:	
Adresse:			

Versicherungen

	Unfall	Krankenkasse	Haftpflicht
Name der Vers.:			
Policen-/Kunden-Nr.:			
Hotline (Notfall-Nr.):			

Aktueller Gesundheitszustand

Für weitere Bemerkungen bitte untenstehendes Feld benutzen

Kürzliche Unfälle, Krankheiten?	Abgeschlossen?

Allergien (bitte ankreuzen)

Für weitere Bemerkungen bitte untenstehendes Feld benutzen

	Medikament, Bemerkungen
<input type="checkbox"/> Heuschnupfen:	
<input type="checkbox"/> Insektenstiche:	
<input type="checkbox"/> Asthma:	
<input type="checkbox"/> Lebensmittel:	
<input type="checkbox"/> Medikamente:	

Weitere Krankheiten (z.B. chronische Leiden, Bettnässer, etc.)

Abgabe rezeptfreier Medikamente (z.B. Dafalgan bei starken Kopfschmerzen, Stugeron gegen Reiseübelkeit, etc.)

<input type="checkbox"/> Meinem Kind dürfen rezeptfreie Medikamente ohne Rücksprache mit den Eltern abgegeben werden.
<input type="checkbox"/> Ich wünsche immer eine telefonische Rücksprache bei Abgabe von rezeptfreien Medikamenten.

Einzunehmende Medikamente (mitgeben!)

Für weitere Bemerkungen bitte untenstehendes Feld benutzen

Medikament:	
Dosis:	

Schwimmen

TeilnehmerIn kann schwimmen <input type="checkbox"/>	TeilnehmerIn kann nicht schwimmen <input type="checkbox"/>
--	--

Allgemeine Bemerkungen / Ergänzungen

Für weitere Bemerkungen bitte Rückseite benutzen

Versicherung ist Sache der Teilnehmenden

Ort _____ Datum _____ Bitte Impfausweis-Kopie (und falls vorhanden Allergienpasskopie) beilegen!

Unterschrift (bei Teilnehmenden unter 18 Jahren die Unterschrift der gesetzlichen Vertretung) _____