

# Gesundheitskarte



Bitte Formular genau ausfüllen. Ihre Angaben ermöglichen uns bei Krankheit oder Unfall fachgerechtes Handeln.

**Die Informationen werden vertraulich behandelt und nach dem Lager fachgerecht entsorgt.**

In diesem Sinne wünschen wir „Gsundheit“ und vielen Dank für die Mühe.

Personalien			
Name		Adresse	
Vorname		Telefon	
Ceviname		Geb. Dat.	

Wer ist im Notfall zu kontaktieren?			
Name			
Telefon		Handy	

Hausarzt	
Vorname/Name	
Adresse	
Telefon	

Versicherung			
	Unfallversicherung	Krankenkasse	Haftpflicht
Name der Vers.			
Policen-/Kunden-Nr.			
Hotline (Notfall-Nummer)			

Aktueller Gesundheitszustand <input type="checkbox"/> Für weitere Bemerkungen bitte Rückseite benutzen	
Kürzliche Unfälle, Krankheiten?	Abgeschlossen?
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein*
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein*
* Wichtiges zum weiteren Verlauf:	
.....	

Allergien (Bitte Ankreuzen) <input type="checkbox"/> Für weitere Bemerkungen bitte Rückseite benutzen			
<input type="checkbox"/> Heuschnupfen	<input type="checkbox"/> Insektenstiche* _____	<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Lebensmittelallergie* _____
<input type="checkbox"/> Allergisch auf Medikament*: _____		<input type="checkbox"/> Andere: _____	
* Auswirkungen:			
.....			

Weitere Krankheiten / Gebrechen (z.B. chronische Leiden, Bettnässer, usw.)
.....

Evtl. Medikamente und Dosis <input type="checkbox"/> Für weitere Bemerkungen bitte Rückseite benutzen	
<input type="checkbox"/> Ja, mein Kind darf Medikamente erhalten	<input type="checkbox"/> Ich möchte über eine Abgabe informiert werden
	Telefon: _____

Weiteres	
<input type="checkbox"/> Schwimmer	<input type="checkbox"/> Nichtschwimmer
Vegetarier:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Allgemeine Bemerkungen / Ergänzungen <input type="checkbox"/> Für weitere Bemerkungen Rückseite benutzen
.....

Ort \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift des Teilnehmers (bei Teilnehmern unter 16 Jahren, Unterschrift gesetzl. Vertreters)

**Versicherung ist Sache des Teilnehmers.**

# Gesundheitskarte



Bitte Formular genau ausfüllen. Ihre Angaben ermöglichen uns bei Krankheit oder Unfall fachgerechtes Handeln.

**Die Informationen werden vertraulich behandelt und nach dem Lager fachgerecht entsorgt.**

In diesem Sinne wünschen wir „Gsundheit“ und vielen Dank für die Mühe.

## Personalien

Name		Adresse	
Vorname		Telefon	
Ceviname		Geb. Dat.	

## Wer ist im Notfall zu kontaktieren?

Name			
Telefon		Handy	

## Hausarzt

Vorname/Name	
Adresse	
Telefon	

## Versicherung

	Unfallversicherung	Krankenkasse	Haftpflicht
Name der Vers.			
Policen-/Kunden-Nr.			
Hotline (Notfall-Nummer)			

## Aktueller Gesundheitszustand

Für weitere Bemerkungen bitte Rückseite benutzen

Kürzliche Unfälle, Krankheiten?	Abgeschlossen?
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein*
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein*

\* Wichtiges zum weiteren Verlauf:

## Allergien (Bitte Ankreuzen)

Für weitere Bemerkungen bitte Rückseite benutzen

<input type="checkbox"/> Heuschnupfen	<input type="checkbox"/> Insektenstiche* _____	<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Lebensmittelallergie* _____
<input type="checkbox"/> Allergisch auf Medikament*: _____		<input type="checkbox"/> Andere: _____	

\* Auswirkungen:

## Weitere Krankheiten / Gebrechen (z.B. chronische Leiden, Bettnässer, usw.)


## Evtl. Medikamente und Dosis

Für weitere Bemerkungen bitte Rückseite benutzen

<input type="checkbox"/> Ja, mein Kind darf Medikamente erhalten	<input type="checkbox"/> Ich möchte über eine Abgabe informiert werden
	Telefon: _____

## Weiteres

<input type="checkbox"/> Schwimmer	<input type="checkbox"/> Nichtschwimmer	Vegetarier: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
------------------------------------	---	---

## Allgemeine Bemerkungen / Ergänzungen

Für weitere Bemerkungen Rückseite benutzen


Ort \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift des Teilnehmers (bei Teilnehmern unter 16 Jahren, Unterschrift gesetzl. Vertreters)

**Versicherung ist Sache des Teilnehmers.**