

Gesundheitsfragebogen

Personalien des Kindes

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Geschlecht: F M

Die zu benachrichtigende Person

Name & Vorname: _____
Adresse: _____
Telefonnummer: _____

Gesundheitsfragen / Medizinische Fragen:

	Ja	Nein
Ist es zurzeit in ärztlicher/therapeutischer Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nimmt es zurzeit Medikamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leidet es unter Atemwegserkrankungen/ Bronchitis/Asthma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Allergien bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatte/hat es Herz-Kreislauf Probleme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist es wegen Schwindel schon mal gestürzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurde es schon mal operiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche OP: _____		

Wenn es regelmässig Medikamente einnimmt, welche? Wie und wann müssen sie eingenommen werden?

Wenn Allergien bestehen, welche?

Sind sonstige gesundheitliche Probleme vorhanden? Wenn ja, welche?

Sonstige Bemerkungen?

Mit ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit der oben stehenden Angaben und nehmen davon Kenntnis, dass die Lagerleitung jede Haftung ablehnt. Versicherung ist Sache der Teilnehmer.

Ort: _____ Datum: _____

Unterschrift der Eltern: _____

Die medizinischen Angaben werden vertraulich behandelt. Bitte legen Sie dem Fragebogen eine **Kopie des Impfausweises und des Krankenkassenausweises** bei.