# 

# 

# Gesundheitskarte

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Bitte Formular genau ausfüllen. Die Angaben ermöglichen uns bei Krankheit oder Unfall fachgerechtes Handeln.  **Die Informationen werden vertraulich behandelt und nach dem Lager vernichtet.** | | | | | | |
| **Personalien** | | | | | | |
| Name |  | | | Geb. Datum | |  |
| Vorname |  | | |  | |  |
| Adresse |  | | | | | |
|  | | | | | | |
| **Wer ist im Notfall zu kontaktieren?** | | | | | | |
| Name | |  | | | | |
| Telefon | |  | | Handy | |  |
|  | | | | | | |
| **Hausarzt** | | | | | | |
| Name | |  | | Telefon | |  |
| Adresse | |  | | | | |
|  | | | | | | |
| **Versicherungen** | | | | | | |
|  | | | Unfallversicherung | | Krankenkasse | |
| Versicherung | | |  | |  | |
|  | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Allergien** (Für weitere Bemerkungen untenstehendes Feld benutzen.) | | | | |
| ❒ Allergie: |  | | | |
| Folgen der Allergie: |  | | | |
| Medikament und Dosis: |  | | | |
|  | | | | |
| **einzunehmende Medikamente** (Für weitere Bemerkungen untenstehendes Feld benutzen.) | | | | |
| ❒ Medikament: |  | | | |
| Dosis: |  | | | |
|  | | | | |
| **Letzte Tetanus-Impfung: Letzte Zecken-Impfung:** | | | | |
| **Ich bin:** ❒ **Schwimmer** ❒ **Nichtschwimmer** | | | | |
| **Weitere Bemerkungen** | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
| **Fotos** | | | | |
| Ich stimme zu, dass die Fotos, die von meinem Kind während dem Lager gemacht werden, auf Onedrive für alle Eltern und Jungschikids einsehbar sein dürfen.  ❒ **Ja** ❒ **Nein** | | | | |
|  | |  |  | **Versicherung ist Sache der Teilnehmenden!** |
| Ort | |  | Datum |
|  | |  |  |
| Unterschrift (bei Teilnehmenden unter 16 Jahren die Unterschrift der gesetzlichen Vertretung) | | | |