#

#

#  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) |