



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

Ort _____ Datum _____

Unterschrift (bei Teilnehmenden unter 16 Jahren die Unterschrift der gesetzlichen Vertretung)

**Versicherung ist Sache der
Teilnehmenden!**