



## Gesundheitsbogen

### Daten des Kindes:

Vorname

Nachname

Sozialversicherungsnummer/ Geburtsdatum

Krankenkasse

Versicherter

Beschäftigt bei

Mein Sohn/meine Tochter

ist Schwimmer     ist ungeübter Schwimmer     ist Nichtschwimmer

hat Platzangst     ja     nein

ist schwindelfrei     ja     nein

wird reisekrank     ja     nein

Mein Sohn/meine Tochter hat folgende Allergien bzw. Unverträglichkeiten:

Mein Sohn/meine Tochter hat eigene Medikamente mit und soll diese in folgendem Umfang durch den Stufenführer erhalten:

Sonstige wichtige Hinweise:

Kontakt:

Ich bzw. folgende Angehörige sind während des Lagers erreichbar und sind berechtigt, allenfalls notwendige Maßnahmen bzw. Entscheidungen zu treffen:

Name

Name

Adresse

Adresse

Telefonnummer

Telefonnummer



Im Falle einer notwendigen ärztlichen Behandlung werden die Erziehungsberechtigten sofort verständigt. Die Notwendigkeit einer Behandlungsmaßnahme entscheidet der jeweilige Arzt.

Diesem Gesundheitsbogen liegen die E-Card im Original und eine Kopie des Impfpasses bei.

Ich erkläre, dass ich diesen Gesundheitsbogen nach bestem Wissen und Gewissen ausgefüllt habe. Ich nehme zur Kenntnis, dass die Haftung seitens der Lagerleitung bezüglich aller Folgen für mein Kind bzw. anderer Personen aufgrund fehlender oder falscher Angaben ausgeschlossen ist.

Die angegebenen Daten werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

---

Ort, Datum

Unterschrift

Hiermit bestätige ich erneut die abgegebenen Daten.

---

Ort, Datum

Unterschrift

Hiermit bestätige ich erneut die abgegebenen Daten.

---

Ort, Datum

Unterschrift

Hiermit bestätige ich erneut die abgegebenen Daten.

---

Ort, Datum

Unterschrift

Hiermit bestätige ich erneut die abgegebenen Daten.

---

Ort, Datum

Unterschrift

Hiermit bestätige ich erneut die abgegebenen Daten.

---

Ort, Datum

Unterschrift