

# GESUNDHEITS BLATT



## TEILNEHMER

Name: .....  
Adresse: .....  
Geb. Datum: .....

Vorname: .....  
v/o: .....  
Tel: .....  
Heimatort: .....

## ELTERN

Name: .....  
Vorname: .....  
Beruf: .....

Ferienadresse: .....  
Tel: .....

## VERSICHERUNG

**Unfall:** Name: .....  
Adresse: .....

**Krankenkasse:** Name: .....  
Adresse: .....

**Haftpflicht:** Name: .....  
Adresse: .....

## ARZT

Name: ..... Adresse: .....

## GESUNDHEITZUSTAND

keine Beschwerden  
kürzliche Krankheit: ..... Behandlung abgeschlossen: Ja  Nein

## ALLERGIEN

Heuschnupfen: .....  
 Bienen-/Wespenstiche: .....  
 Asthma bei/nach: .....  
 Lebensmittel (Produkt): .....  
 Medikamente (Wirkstoff): .....

## MEDIKAMENT

## KINDERKRANKHEITEN

	gehabt	geimpft
Keuchhusten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mumps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Scharlach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Masern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Röteln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wilde Blattern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## BEMERKUNGEN

(Bettnässer, Rückenleiden, Ergänzungen, u.s.w)

.....  
.....

## KOPIE VON IMPFKARTE UND ALLERGIEPASS BEILEGEN !!

Ich habe von den Versicherungsbedingungen Kenntnis genommen und den Gesundheitszustand vermerkt.

Datum: .....

Unterschrift der Eltern: .....