



GESUNDHEITS- UND INFOBLATT

VON:

Bitte Vor- und Familiennamen eintragen!

→ Bitte Zutreffendes ankreuzen bzw. in Blockschrift ausfüllen!

GESUNDHEIT: Mein/e Sohn/ Tochter ...

... besitzt **Schutzimpfungen** für Tetanus Zecken Kinderlähmung
 Das letzte Impfdatum war am:

... darf **rezeptfreie Medikamente** aus unserer Erste Hilfe-Ausrüstung vom dafür zuständigen Trainer bekommen.

... hat **eigene Medikamente** mit und soll sie in folgendem Umfang durch den dafür zuständigen Trainer erhalten:

Bezeichnung	bei/wegen/für	wie oft?	wie viel?

ist **allergisch** gegen:

hat in letzter Zeit **Knochenbrüche bzw. Verletzungen** gehabt:

.....

hat **keine ansteckenden Krankheiten**, sein/ihr Gesundheitszustand eignet ihn/sie für das Leben im Freien.

hat folgende **Blutgruppe** (wenn bekannt):

hat **allfällige Besonderheiten**, wie chronische Leiden oder psychische Probleme. Wenn ja, welche?

.....

ist bei folgender **Krankenkasse** versichert:

- **Versicherungsnummer:**

- **Name & Versicherungsnummer des Hauptversicherten:**

- **Name & Anschrift des Hausarztes:**

Bitte E-Card/Impfkarte (Kopie) nicht vergessen!

SCHWIMMEN: Mein/e Sohn/ Tochter ...

... ist Schwimmer/in ... ist Nichtschwimmer/in ... darf beim Baden/Schwimmen teilnehmen

KONTAKTE: Folgende Angehörige sind während der Aufenthaltsdauer erreichbar und sind von mir berechtigt, allenfalls notwendige Maßnahmen bzw. Entscheidungen zu treffen:

Name:

Name:

Adresse:

Adresse:

Telefon:

Telefon:

.....
 Datum

.....
 Unterschrift des Erziehungsberechtigten