

Gesundheitskarte

Teilnehmer	Name:		Vorname:	
	Adresse:		JS-Name:	
	Geb.Datum:		Telefon:	
			Heimatort:	

Eltern	Name:		Ferianadr:	
	Vorname:			
	Telefon:			

Versicherung	Unfall	Name:	
		Adresse:	
	Krankenkasse	Name:	
		Adresse:	
	Haftpflicht	Name:	
		Adresse:	

Arzt	Name:		Adresse:	

Allergien:

- Heuschnupfen
- Bienen-/Wespenstiche
- Asthma
- 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 Blatern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bemerkungen

(Bettnässer, Rückenleiden, sonst. Allerg.)

--

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

Datum: Unterschrift d. Gesetzl. Vertreter: