GESUNDHEITSBOGEN

deutsche pfadfinderschaft sankt georg
dpsg

Persönliche Daten des Teilnehmers:

Name: _____

Vorname: _____

Straße/Hs-Nr.: _____

PLZ/Ort: _____

Geb.-Datum: _____

Erreichbarkeit der Erziehungsberechtigten:

_____

Telefon: _____

Telefax: _____

Handy: _____

Mail: _____

_____

Stammdaten:

Stamm: _____

Stufe: _____

Gruppe: _____

Gruppenleiter: _____

Essen:

☐ vegetarisch ☐ mit Fleisch

Schwimmen:

Mein Kind kann

schwimmen ☐

nicht schwimmen ☐

mit Schwimmhilfen schwimmen. ☐

Versicherungsdaten:

Krankenkasse: _____

Versichertennummer: _____

Name & Geburtsdatum des Hauptversicherten:

_____

Datum/Unterschrift des Erziehungs-berechtigen bzw. volljährigen Teilnehmer:

Impfungen: **Monat / Jahr**

Tetanus (Wundstarrkrampf) _____

Diphterie _____

Polio (Kinderlähmung) _____

Zecken _____

Darf bei einem „Unfall" mein Kind geimpft werden?

☐ Ja ☐ Nein

Allergien vorhanden:
(Lebensmittel, Medikamente, Pollen, usw.)

_____

_____

_____

Leidet der Teilnehmer an:	**Ja**	**Nein**
Diabetes (Zuckerkrankheit)	☐	☐
Asthma	☐	☐
Sonstiges (z. B. Bettnässen)	☐	☐

_____

_____

_____

Müssen Medikamente eingenommen werden:

_____

_____

_____

Soll der Gruppenleiter die Einnahme überwachen:

☐ Ja ☐ Nein

Hausarzt/Kinderarzt:

Name: _____

Straße/Hs-Nr.: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

_____