



Gesundheitsbogen

Persönliche Daten des Teilnehmenden:

Name: _____

Vorname: _____

Straße/Hs.-Nr.: _____

PLZ/Ort: _____

Geb.-Datum: _____

Erreichbarkeit der Erziehungsberechtigten:

Telefon: _____

Handy: _____

Mail: _____

Stammdaten:

Stufe: _____

Gruppe: _____

Gruppenleiter: _____

Essen:

vegetarisch mit Fleisch

Versicherungsdaten:

Krankenkasse: _____

Versichertennummer: _____

Name & Geburtsdatum des Hauptversicherten:

Impfungen:	Monat / Jahr
Tetanus (Wundstarrkrampf)	_____
Diphtherie	_____
Polio (Kinderlähmung)	_____
Zecken	_____
COVID-19	_____

Darf mein Kind bei einem „Unfall“ geimpft werden?

Ja Nein

Leidet der Teilnehmende an Ja / Nein

Diabetes (Zuckerkrankheit)

Asthma

Sonstiges (z. B. Bettnässen)

Müssen Medikamente eingenommen werden:

Soll die Gruppenleitung die Einnahme überwachen:

Ja Nein

Hausarzt/Kinderarzt:

Name: _____

Straße/Hs.-Nr.: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

Datum/Unterschrift des Erziehungsberechtigten bzw. volljährigen Teilnehmer:
