

Gesundheitskarte

Teilnehmer

Name: _____

Vorname: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Geb. Datum: _____

Eltern

Name: _____

Vornamen: _____

Tel: _____

Versicherung

Krankenkasse: Name: _____

Versicherten-Nummer: _____

Gesundheitszustand:

☐ keine Beschwerden

kürzliche Krankheit: _____ Behandlung abgeschlossen: Ja ☐ Nein ☐

Allergien: Medikament:

☐ Heuschnuppen _____

☐ Bienen- / Wespenstiche _____

☐ Asthma bei / nach: _____

☐ Lebensmittel (Produkt): _____

☐ Medikamente (Wirkstoff): _____

Bemerkungen:

Bettnässer, Rückenleiden, Ergänzungen zu Allergien, Gesundheitszustand, Vegetarier,...)

Versicherung ist Sache der Teilnehmenden. Alle wichtigen Angaben zum Gesundheitszustand sind auf der Karte vermerkt.

Datum: _____ Unterschrift des gesetzlichen Vertreters: _____