



# 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	_____

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:**

\_\_\_\_\_