

Die Heimatadresse der Eltern während der Veranstaltung lautet

vom \_\_\_\_\_ bis zum \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Die Ferienadresse der Eltern während der Veranstaltung lautet

vom \_\_\_\_\_ bis zum \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Sonstige Bemerkung:

---

---

---

**Im Falle eines Arztbesuches bitte ich um telefonischen Kontaktaufnahme, um persönlich mit der Ärztin / dem Arzt sprechen zu können:**



### Gesundheitsbogen

Liebe Eltern, liebe Teilnehmerinnen und Teilnehmer!  
Wir möchten Sie und Euch herzlich bitten, diesen Gesundheitsbogen gründlich durchzulesen und auszufüllen.  
Wir hoffen sehr, dass wir die erbetenen Angaben nie brauchen werden.  
Für eine gute gesundheitliche Betreuung sind sie ggf. jedoch unerlässlich.  
Die Angaben werden nicht elektronisch verarbeitet und die Unterlagen werden nach der Veranstaltung zurückgegeben.

### Angaben zur Teilnehmer\*innen

Vorname: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Geburtstag: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort

Dieser Gesundheitsbogen betrifft das / die Lager/Fahrt/Freizeit

vom \_\_\_\_\_ bis zum \_\_\_\_\_

in \_\_\_\_\_

Sollte es bei der Veranstaltung zu kleineren Verletzungen kommen oder eine Krankheit auftreten, kann uns der Impfpass, übrigens auch bei älteren Jugendlichen, oft beträchtlich weiterhelfen.

**Eine Kopie des Impfpasses bitte unbedingt bei der Leitung abgeben!**

**Die Krankenversicherung**

Name, Vorname, Geb.- Datum der / des Stammversicherten:

\_\_\_\_\_

Name der Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Firma/ Arbeitgeber \_\_\_\_\_

Beschäftigt als: \_\_\_\_\_

Die Krankenversicherungskarte und bei Auslandsaufenthalten zusätzlich den für das jeweilige Land geltenden Auslandskrankenversicherungsschein bitte bei der Gruppenleitung abgeben!

Meine Tochter / mein Sohn leidet / leidet nicht an einer ansteckenden Krankheit. Folgende An Fälligkeiten / Krankheiten sind bekannt (z. B. Asthma, Allergien, Diabetes, Herzfehler):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Es müssen regelmäßig folgende Medikamente eingenommen werden (Zeitangabe, wenn erforderlich). Medikamente bitte bei der Gruppenleitung abgeben, auch wenn sie normalerweise selbständig eingenommen werden; ansonsten besteht z.B. auch die Gefahr von missbräuchlicher Einnahme durch andere Teilnehmende.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Mein/e Sohn / Tochter ist (k)ein Bettnässer. Folgende Behinderungen sind zu beachten (z. B. Brille, Zahnregulierung):

\_\_\_\_\_

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Tochter / mein Sohn am Schwimmen teilnehmen darf: Ja  nein   
Er / sie ist Schwimmer Ja  nein   
und hat folgende Schwimmabzeichen (Bitte Nachweis erbringen):

\_\_\_\_\_

Sonstige Sportarten sind gestattet Ja  nein   
(Bergtouren, Segeln):

\_\_\_\_\_

Ort

Datum

Unterschrift