Gesundheitskarte

Bitte Formular genau ausfüllen. Ihre Angaben ermöglichen uns bei Krankheit oder Unfall fachgerechtes Handeln. Die Informationen werden vertraulich behandelt und nach dem Lager fachgerecht entsorgt. In diesem Sinne wünschen wir "Gsundheit" und vielen Dank für die Mühe.



Allgemeine Beme	Weiteres ☐ Schwimmer	Evtl. Medikamente und	Weitere Krankheiten /	Allergisch auf Medikament": *Auswirkungen:	Allergien (Bitte Ankreuzen) ☐ Heuschnupfen ☐ Insektenstich	* Wichtiges zum weiteren Verlauf:	Aktueller Gesundheitszustand Kürzliche Unfälle, Krankheiten?	Name der vers. Policen-/Kunden-Nr. Hotline (Notfall-Nummer)	Versicherung	Hausarzt Vorname/Name Adresse Telefon	Wer ist im Notfall Name Telefon	Vorname Ceviname	Personalien Name
Bemerkungen / Ergänzungen □ Für weilere Bemerkungen Rückselle benutzen	□ Nichtschwimmer Vegetarier: □ Ja □ Nein	te und Dosis ☐ Für weitere Bemerkungen bitte Rückseite benutzen	eiten / Gebrechen (z.B. chronische Leiden, Betinässer, usw.)	kament*: ☐ Andere:	Ankreuzen) □ Für weitere Bemerkungen bitte Rückseite benutzen □ Insektenstiche* □ Asthma □ Lebensmittelallergie*	□ Ja □ Nein*	dheitszustand □ Für weitere Bemerkungen bitte Rückseite benutzen rankheiten? Abgeschlossen? ¬Ja ¬Nein*		Unfallversicherung Krankenkasse Haftpflicht		Il zu kontaktieren? Handy Handy	Telefon Geb. Dat.	Adresse

Gesundheitskarte

Bitte Formular genau ausfüllen. Ihre Angaben ermöglichen uns bei Krankheit oder Unfall fachgerechtes Handeln. Die Informationen werden vertraulich behandelt und nach dem Lager fachgerecht entsorgt. In diesem Sinne wünschen wir "Gsundheif" und vielen Dank für die Mühe.

Allgemeine Bem	□ Schwimmer	Weiteres	Evtl. Medikamen	Weitere Krankhe	Tagwinangon.	* Allowishing on a distribution of the state	Allergisch auf Medil	ŧ		* Wichtiges zum weiteren Verlauf:			Aktueller Gesundheitszustand Kürzliche Unfälle, Krankheiten?	Hotline (Notfall-Nummer)	Policen-/Kunden-Nr	Non dos Vos	Versicherung	Telefon	Adresse	Vorname/Name	Hausarzt	Telefon	Wer ist im Notfall zu	Ceviname	Vorname	Name	Personalien
Allgemeine Bemerkungen / Ergänzungen 🛭 🖙 🖙	☐ Nichtschwimmer		Medikamente und Dosis	Krankheiten / Gebrechen (z.B. chronische Leiden, Bettnässer, usw.)			☐ Insektensuche ☐ Asuma		euzen)	erlauf:						Ollaliveisicileiuilg						Handy	Il zu kontaktieren?	Geb. Dat.	Telefon	Adresse	
☐ Für weitere Bemerkungen Rückseite benutzen	Vegetarier: Ja		gen bitte Rückseite benutzen	en, Bettnässer, usw.)		Ailueie.		_i <u>#</u>					☐ Für weitere Bemerkungen bitte Rückseite benutzen			Nidlikelikasse	Vaskaskasa										
venutzen	Ja □ Nein						llergie	*			□ Ja □ Nein*	□ Ja □ Nein*	Abgeschlossen?			Папршст											

Unterschrift des Teilnehmers (bei Teilnehmern unter 16 Jahren, Unterschrift gesetzl. Vertreters)

Datum

Unterschrift des Teilnehmers (bei Teilnehmern unter 16 Jahren, Unterschrift gesetzl. Vertreters)

Datum

Versicherung ist

介

Teilnehmers. Sache des

위

Versicherung ist Teilnehmers. Sache des