

Gesundheitskarte



CEVI OSTSCHWEIZ

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 „Gesundheit“ und vielen Dank für die Mühe.

Personalien	
Name	Adresse
Vorname	Telefon
Ceviname	Geb. Dat.

Wer ist im Notfall zu kontaktieren?	
Name	
Telefon	Handy

Hausarzt	
Vorname/Name	
Adresse	
Telefon	

Versicherung	
Unfallversicherung	Krankenkasse
	Haftpflicht
Name der Vers.	
Polizen-/Kunden-Nr.	
Hofline (Notfall-Nummer)	

Aktueller Gesundheitszustand	
Für weitere Bemerkungen bitte Rückseite benutzen	Abgeschlossen?
Kürzliche Unfälle, Krankheiten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein*
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein*

* Wichtiges zum weiteren Verlauf:

Allergien (Bitte Ankreuzen)	
<input type="checkbox"/> Für weitere Bemerkungen bitte Rückseite benutzen	<input type="checkbox"/> Heuschnupfen <input type="checkbox"/> Insektenstiche* <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Lebensmittelallergie* <input type="checkbox"/> Allergisch auf Medikament**
	Andere: _____

* Auswirkungen:

Weitere Krankheiten / Gebrechen (z.B. chronische Leiden, Betträsser, usw.)	

Evtl. Medikamente und Dosis	
<input type="checkbox"/> Für weitere Bemerkungen bitte Rückseite benutzen	

Weiteres	
<input type="checkbox"/> Schwimmer	<input type="checkbox"/> Nichtschwimmer
Vegetarier:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Allgemeine Bemerkungen / Ergänzungen	
<input type="checkbox"/> Für weitere Bemerkungen Rückseite benutzen	

Ort _____ Datum _____

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

Versicherung ist Sache des Teilnehmers.

Gesundheitskarte



CEVI OSTSCHWEIZ

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 „Gesundheit“ und vielen Dank für die Mühe.

Personalien	
Name	Adresse
Vorname	Telefon
Ceviname	Geb. Dat.

Wer ist im Notfall zu kontaktieren?	
Name	
Telefon	Handy

Hausarzt	
Vorname/Name	
Adresse	
Telefon	

Versicherung	
Unfallversicherung	Krankenkasse
	Haftpflicht
Name der Vers.	
Polizen-/Kunden-Nr.	
Hofline (Notfall-Nummer)	

Aktueller Gesundheitszustand	
Für weitere Bemerkungen bitte Rückseite benutzen	Abgeschlossen?
Kürzliche Unfälle, Krankheiten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein*
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein*

* Wichtiges zum weiteren Verlauf:

Allergien (Bitte Ankreuzen)	
<input type="checkbox"/> Für weitere Bemerkungen bitte Rückseite benutzen	<input type="checkbox"/> Heuschnupfen <input type="checkbox"/> Insektenstiche* <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Lebensmittelallergie* <input type="checkbox"/> Allergisch auf Medikament**
	Andere: _____

* Auswirkungen:

Weitere Krankheiten / Gebrechen (z.B. chronische Leiden, Betträsser, usw.)	

Evtl. Medikamente und Dosis	
<input type="checkbox"/> Für weitere Bemerkungen bitte Rückseite benutzen	

Weiteres	
<input type="checkbox"/> Schwimmer	<input type="checkbox"/> Nichtschwimmer
Vegetarier:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Allgemeine Bemerkungen / Ergänzungen	
<input type="checkbox"/> Für weitere Bemerkungen Rückseite benutzen	

Ort _____ Datum _____

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

Versicherung ist Sache des Teilnehmers.