



Gesundheitskarte für Cevi-Lager

Teilnehmer

Name: _____ Vorname: _____
Adresse: _____ v/o: _____
Geb. Datum: _____ Telefon: _____

Eltern (im Notfall zu benachrichtigende Person)

Name: _____ Ferienadresse: _____
Vorname: _____
Natel: _____ Telefon: _____

Hausarzt

Name: _____ Telefon: _____

Gesundheitszustand

Krankheit: _____

Behandlung abgeschlossen: Ja Nein

Medikamente (Name und Dosierung): _____

Behandelnder Arzt (Name und Tel.): _____

Allergien

Medikament / Bemerkungen

- Heuschnupfen
- Bienen- / Wespenstiche
- Asthma bei / nach
- Lebensmittel (Produkt)
- Medikamente (Wirkstoff)
- Anderes

Bemerkungen

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

- Kopie Impfausweis beilegen!

- Kopie Allergiepass! (falls vorhanden)

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

Datum: _____ Unterschrift des gesetzlichen Vertreters: _____