

GESUNDHEITSBOGEN
FÜR DAS COOLNESS-TRAINING
VOM 09.10.12 BIS ZUM 11.10.12
NACH BLENS / EIFEL

Teilnehmer/in

Sorgeberechtigte

Name, Vorname

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

Arbeitgeber

PLZ, Wohnort

Krankenkasse

Versichert über

beschäftigt als

Unsere/Meine Tochter/mein Sohn hat folgende Krankheiten: _____

Folgende Anfälligkeiten und/oder Allergien sind bekannt (Heuschnupfen, Asthma, Sonnen- oder Medikamentenallergien, wie Penicillin, etc.): _____

Es müssen regelmäßig folgende Medikamente eingenommen werden (was, wie oft, wann, wie viel): _____

Welche Operationen sind bei Ihrer Tochter/Ihrem Sohn bereits durchgeführt worden und wann? _____

Notfalladresse für die Zeit vom 09.10. bis zum 11.10.12

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Telefon

Ich/Wir sind damit einverstanden, dass alle in einem Notfall notwendigen ärztlichen Maßnahmen durchgeführt werden, auch wenn ich/wir nicht unter den oben angegebenen Nummern erreichbar sind!!!!

Bei unserer Tochter/unserem Sohn ist zuletzt am _____ eine Tetanusimpfung durchgeführt worden.

Den Impfpass unserer Tochter/unsere Sohnes haben wir den Unterlagen beigelegt!

Erklärung der Träger der Maßnahme:

Alle auf diesem Blatt gesammelten Daten werden streng vertraulich behandelt und nach Abschluss der Maßnahme vernichtet!

Hiermit erkläre/n ich/wir, dass die obigen Angaben vollständig und richtig sind. Änderungen werden den Trägern der Maßnahme mitgeteilt!

Ort, Datum

Unterschrift der/des Sorgeberechtigten