

GESUNDHEITSSBOGEN  
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