



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: _____



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: _____