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 „Gsundheit" 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.			
Policen-/Kunden-Nr.			
Hotline (Notfall-Nummer)			

Aktueller Gesundheitszustand ❒ Für weitere Bemerkungen bitte Rückseite benutzen

Kürzliche Unfälle, Krankheiten?	Abgeschlossen?
	❒ Ja ❒ Nein*
	❒ Ja ❒ Nein*

* Wichtiges zum weiteren Verlauf:

Allergien (Bitte Ankreuzen) ❒ Für weitere Bemerkungen bitte Rückseite benutzen

❒ Heuschnupfen	❒ Insektenstiche* _____	❒ Asthma	❒ Lebensmittelallergie* _____
❒ Allergisch auf Medikament*: _____			❒ Andere: _____

* Auswirkungen:

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

Evtl. Medikamente und Dosis ❒ Für weitere Bemerkungen bitte Rückseite benutzen

Weiteres		
❒ Schwimmer	❒ Nichtschwimmer	Vegetarier: ❒ Ja ❒ Nein

Allgemeine Bemerkungen / Ergänzungen ❒ 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 „Gsundheit" 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.			
Policen-/Kunden-Nr.			
Hotline (Notfall-Nummer)			

Aktueller Gesundheitszustand ❒ Für weitere Bemerkungen bitte Rückseite benutzen

Kürzliche Unfälle, Krankheiten?	Abgeschlossen?
	❒ Ja ❒ Nein*
	❒ Ja ❒ Nein*

* Wichtiges zum weiteren Verlauf:

Allergien (Bitte Ankreuzen) ❒ Für weitere Bemerkungen bitte Rückseite benutzen

❒ Heuschnupfen	❒ Insektenstiche* _____	❒ Asthma	❒ Lebensmittelallergie* _____
❒ Allergisch auf Medikament*: _____			❒ Andere: _____

* Auswirkungen:

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

Evtl. Medikamente und Dosis ❒ Für weitere Bemerkungen bitte Rückseite benutzen

Weiteres		
❒ Schwimmer	❒ Nichtschwimmer	Vegetarier: ❒ Ja ❒ Nein

Allgemeine Bemerkungen / Ergänzungen ❒ Für weitere Bemerkungen Rückseite benutzen

_____ _____
Ort Datum

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

Versicherung ist Sache des Teilnehmers.