**Gesundheitskarte**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Teilnehmer** | Name: | Schuler | Vorname: | Pascal |
| Adresse: | Brandstrasse 38 | Ceviname: | Pepe |
|  | 8308 Illnau | Telefon: | 078 884 00 25 |
| Geb. Datum: | 11.01.2002 |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Eltern** | Name: |  | Ferienadresse: | |  |
| Vorname: |  |  |  |  |
| Tel. Mobil: | 079 738 09 59 | Tel: | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Versicherung** | **Unfall:** | | Name: | | |  | | | | |
| Anschrift: | | |  | | | | |
| **Krankenkasse:** | | Name: | | |  | | | | |
| Anschrift: | | |  | | | | |
| **Haftpflicht:** | | Name: | | |  | | | | |
| Anschrift: | | |  | | | | |
| **Arzt** |  |  | | | |  |  | |  | |
| Name: |  | | | | | Adresse: | |  | |
|  |  | | | | |  | |  | |
|  | **Gesundheitszustand:** | | | | keine Beschwerden | | | | | |
|  | kürzliche Krankheit: | | |  | | | | Behandlung abgeschlossen: | | Ja  Nein |

|  |  |
| --- | --- |
| **Allergien:** |  |
| Heuschnupfen | Medikament: a |
| Bienen-/Wespenstiche | Medikament: a |
| Asthma bei/nach: |  |
| Lebensmittel (Produkt): |  |
| Medikamente (Wirkstoff): |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Kinderkrankheiten** | gehabt | geimpft | **Bemerkungen:** |
| Keuchhusten |  |  | (Bettnässer, Rückenleiden, Ergänzungen zu Allergien, Gesundheitszustand) |
| Mumps |  |  |  |
| Scharlach |  |  |
| Masern |  |  |
| Röteln |  |  |
| Wilde Blatern |  |  |

Ich habe von den Versicherungsbedingungen Kenntnis genommen und den Gesundheitszustand vermerkt:

**Impfkarten- und Allergienpasskopie beilegen!**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Datum: |  | Unterschrift des gesetzlichen Vertreters: |  |

