



## Gesundheitsblatt

Die Angaben auf diesem Blatt helfen dem Kursleitungsteam, während des Kurses richtig zu reagieren. Das Kursteam verpflichtet sich, diese Angaben vertraulich zu behandeln.

PERSONALIEN Name:	
Adresse:	
Telefonnummer:	Geburtstag:
KONTAKT FÜR NOTF	
Name:	
Adresse:	
Telefonnummer:	<u></u>
HAUSARZT Name:	
Adresse:	
Telefon Praxis:	
VERSICHERUNG	
_	che der Teilnehmenden.
Krankenkasse:	Unfallversicherung:
AHV-Nr.:	
GESUNDHEITSZUSTA	
Gewicht:	kg
Regelmässig einzur	nehmende Medikamente (Bezeichnung, Dosierung, Einnahmevorschrift):
Bemerkungen zum (	Gesundheitszustand (z.B. nachwirkende Krankheiten und Unfälle, Operationen, Allergien):
Besondere Hinweise	e an die <b>Küche</b> (Vegetarier, Nahrungsmittelallergien,):
Bemerkungen:	
Nichtschwimme	r/In Anfänger/In Fortgeschritten (bis 300 m) Könner/In (bis 1000 m)

- → Bitte unbedingt eine Kopie des Impfausweises beilegen!
- → Bei minderjährigen Teilnehmenden Rückseite durch die gesetzliche Vertretung ausfüllen lassen.

Name de	r gesetzlich	en Vertretung:			
Adresse:					
Kursbezeichnung:			Kursjahr:		
☐ Die			n darf bei gesundheitlichen Beschwerden u n eigenem Ermessen).	nd/oder	
		•	esetzlichen Vertretung <b>keine</b> Arzneimittel vera r folgender Nummer:		
Ich bin einverstanden, dass <b>in Notfällen ohne Rücksprache</b> eine Arztpraxis/ ein Spital aufgesucht wird und die allfällig verschriebenen Medikamente abgegeben werden dürfen.					
Mit meiner Unterschrift bestätige ich zudem die <b>allgemeinen Richtlinien</b> für die Kurse des Cevi Region Bern (ceviregionbern.ch/ ceviregionbern.ch/index.php/kursangebot/) zu akzeptieren.					
Ort, Datum: Unterschrift gesetzl. Vertretung:					
Die Tabelle dient der sanitätsverantwortlichen Person. Nach dem Kurs wird dieser Teil an die teilnehmende Person abgegeben oder geschreddert.					
Medikamenteneinnahme					
Datum	Zeit	Symptome	Welches Medikament, welche Dosierung? (auch fragen, ob TN eigene Medis einnahm)	Visum	

Cevi Region Bern TN - Infoblatt