

# Gesundheitsblatt



Die Angaben dienen bei unvorhergesehenen Vorkommnissen zum schnelleren Entscheid über die zu treffenden Maßnahmen und zur Benachrichtigung von Angehörigen. Dieses Blatt wird nach Ende zurückgegeben oder vernichtet.

## Personalien in BLOCKBUCHSTABEN ausfüllen

Familienname		Vorname	
Geburtsdatum		Versicherungs-Nr.	
Straße		PLZ, Ort	
Telefon		Versicherung	
Mitversichert bei		Arbeitgeber	
Versicherungs-Nr.			

## Kontaktadresse für Notfälle während der Veranstaltung

Familienname		Vorname	
PLZ/Ort		Straße	
Telefon			

## Impfungen aus Impfpass

Tetanus Wundstarrkrampf	<input type="checkbox"/>	Nicht geimpft	<input type="checkbox"/>	Zuletzt geimpft am:
Zecken FSME	<input type="checkbox"/>	Nicht geimpft	<input type="checkbox"/>	Zuletzt geimpft am:

## Allergien und Krankheiten

<input type="checkbox"/>	Asthma	<input type="checkbox"/>	Kreislaufbeschwerden	<input type="checkbox"/>	Heimweh	<input type="text" value="Sonstiges"/>
<input type="checkbox"/>	Biene / Wespe	<input type="checkbox"/>	Heuschnupfen	<input type="checkbox"/>	Bettnässen	

## Wasseraktivitäten / Schwimmen

<input type="checkbox"/>	Nichtschwimmerbereich	<input type="checkbox"/>	Anfänger	<input type="checkbox"/>	Fortgeschritten	<input type="checkbox"/>	Keine Erlaubnis für Teilnahme an Aktivitäten im Wasser
--------------------------	-----------------------	--------------------------	----------	--------------------------	-----------------	--------------------------	--

## Medikamente

Regelmäßige Medikamenteneinnahme unter Aufsicht von Mitarbeitenden nötig? unten angeben: Bezeichnung, Dosierung, Einnahmевorschriften	<input type="checkbox"/>	JA	<input type="checkbox"/>	NEIN
Bei Bedarf dürfen unter Berücksichtigung von Allergien rezeptfreie Medikamente (z.B. Fenestil-Gel) selbstständig durch Mitarbeitende gegeben werden?	<input type="checkbox"/>	JA	<input type="checkbox"/>	NEIN

## Bemerkungen

Dies ist meine **Einwilligung** an die Hauptleitung, die notwendigen Schritte für eine medizinische Behandlung, im Notfall auch ohne vorherige weitere Benachrichtigung, zu veranlassen. Ich nehme zur Kenntnis, dass seitens des Veranstalters kein Unfallversicherungsschutz besteht.

<b>Datum, Ort</b>		<b>Unterschrift</b>	
-------------------	--	---------------------	--