

## Gesundheitsfragebogen für Freizeitmaßnahmen

Der Veranstalter ist aus rechtlichen und versicherungstechnischen Gründen auf die nachstehenden Angaben angewiesen. Füllen Sie diesen bitte sorgfältig aus und wenden Sie sich bei Fragen an den Haus-/Kinderarzt Ihres Vertrauens.

Alle Angaben werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt.

Freiwillige Feuerwehr .....

Name, Vorname: .....; Geburtsdatum: .....

Er/ sie benötigt....

eine Brille/ Kontaktlinsen

eine Zahnsperre

ein Hörgerät

Gehhilfen

1) Leidet er/ sie an Reiseübelkeit? ja ; nein

Werden hierfür Medikamente verabreicht? ja ; nein

2) Liegt eine ungewöhnliche Reaktion auf Insektenstiche vor? ja ; nein ;

Werden hierfür Medikamente verabreicht? ja ; nein

3) Liegen Kreislauf bzw. Herzerkrankungen vor? ja ; nein

Werden hierfür Medikamente verabreicht? ja ; nein

4) Liegt eine besondere Licht-/ Sonnenempfindlichkeit vor? ja ; nein

Werden hierfür Medikamente verabreicht? ja ; nein

5) Liegen Nahrungsmittelunverträglichkeiten vor? ja ; nein

Ist hierfür etwas Besonderes zu beachten? ja ; nein

6) Liegen sonstige Allergien vor? ja ; nein

Ist hierfür etwas Besonderes zu beachten? ja ; nein

Zu obengenanntem Punkt ist folgendes zu beachten (Medikament, Dosierung, Zeiten, Vorgehen,...)

Unser Kind nimmt seine Medikamente, wie oben eingetragen, selbst ein.

Die Medikamente werden vor der Fahrt den Betreuern ausgehändigt, die dann für die Einnahme, wie oben eingetragen, zu sorgen haben.

Lagen in den letzten zwölf Monaten Operationen vor? ja ; nein

Gab es hierbei Komplikationen? ja ; nein

Erläuterungen zu möglichen Operationen:.....

Krankenversicherung: .....gesetzlich ; privat

Hauptversicherer bei der Krankenkasse:

Name, Vorname: ..... ; Geburtsdatum: .....

Anschrift:

.....

**(Krankenversicherungskarte und Kopie des Impfausweises bitte beifügen!)**

**Personensorgeberechtigte Person:** .....

Anschrift:

.....

Telefon (privat/dienstlich)/ Handy .....

**Haus-/Kinderarzt:** .....

Anschrift:

.....

Telefon

.....

Alle Angaben des vorliegenden Gesundheitsfragebogens wurden nach bestem Wissen und Gewissen getätigt.

.....

Ort, Datum

Unterschrift einer personensorgeberechtigten Person