



## Gesundheitsfragebogen (wichtige Informationen für das Leiterteam)

Bitte in Blockschrift ausfüllen!

### PERSONALIEN

Vorname und Name des Kindes	
Geburtsdatum	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> Knabe <input type="checkbox"/> Mädchen
Vollständige Adresse und Telefon (Festnetz und/oder Mobilnummer)	
Adresse und Telefon der Eltern während des Lagers für Notfälle (nur ausfüllen, wenn Adresse und Telefon anders lauten als oben angegeben).	

### VERSICHERUNG

Krankenkasse	Versicherungsgesellschaft: _____ Adresse: _____ Versicherungs-Nr.: _____
Unfallversicherung (nur ausfüllen, wenn diese nicht bei der Krankenkasse ist)	<input type="checkbox"/> Ist bei der Krankenkasse Versicherungsgesellschaft: _____ Adresse: _____ Versicherungs-Nr.: _____

### ARZT

Name, Adresse und Telefon des Hausarztes	
---------------------------------------------	--



**GESUNDHEITZUSTAND**

Die folgenden Fragen können für unser Leiterteam im Interesse Ihres Kindes sehr wichtig sein. Wir möchten Sie bitten, sie vollständig und wahrheitsgetreu auszufüllen. Die Daten werden diskret behandelt.

Hatte Ihr Kind in letzter Zeit eine schwere Krankheit oder einen Unfall? Wenn ja: Was ist zu beachten?	
Hat Ihr Kind Allergien oder eine chronische Krankheit?	
Muss Ihr Kind regelmässig Medikamente einnehmen? Wenn ja, welche? Nimmt es diese selbstständig ein oder sollte es dabei überwacht werden?	
Sollten wir etwas anderes über den Gesundheitszustand Ihres Kindes wissen? (Bettnässen, Verhaltensauffälligkeiten, usw.)	

**ALLGEMEINE FRAGEN**

Isst Ihr Kind vegetarisch?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
----------------------------	-----------------------------------------------------------

**BESONDERE BEMERKUNGEN**

**Wir bitten Sie, eine Kopie des Impfausweises und – falls vorhanden – des Allergiepasses beizulegen.**

Versicherung ist Sache der Teilnehmenden.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_