CEVI REGION WINTERTHUR-SCHAFFHAUSEN
KINDER- UND JUGENDARBEIT

Gesundheitskarte

Bitte Formular genau ausfüllen. Die Angaben ermöglichen uns bei Krankheit oder Unfall fachgerechtes Handeln.
Die Informationen werden vertraulich behandelt und nach dem Lager zurückgegeben oder vernichtet.

Personalien

Name _____ Ceviname _____
Vorname _____ Geb.Datum _____
Adresse _____

Wer ist im Notfall zu kontaktieren?

Name _____
Telefon _____ Handy _____

Hausarzt

Name _____ Telefon _____
Adresse _____

Versicherungen

	Unfallversicherung	Krankenkasse
Versicherung		
Policen-/Kunden-Nr.		

Aktueller Gesundheitszustand ❒ Für weitere Bemerkungen untenstehendes Feld benutzen.

Kürzliche Unfälle,Krankheiten? Abgeschlossen?

_____ ❒ Ja ❒ Nein*
_____ ❒ Ja ❒ Nein*

* Weitere Behandlung: _____

Sportliche Belastbarkeit ❒ Für weitere Bemerkungen untenstehendes Feld benutzen.

❒ normal belastbar ❒ nicht normal belastbar
Grund: _____

Schwimmen

❒ Nichtschwimmer/-in ❒ Schwimmer/-in (kann 100m schwimmen)

Kindersitzpflicht

❒ über 1.50 m gross ❒ über 12 Jahre
Wenn **kein Kreuz** gesetzt wurde, ist das Kind kindersitzpflichtig!

Weitere Bemerkungen

Rückseite beachten!

Allergien (Heuschnupfen, Insektenstiche, Asthma, Lebensmittel, Medikamente, etc.) ❒ Für weitere Bem. untenstehendes Feld benutzen.

❒ Allergie: _____
Folgen der Allergie: _____
Medikament und Dosis: _____
❒ Allergie: _____
Folgen der Allergie: _____
Medikament und Dosis: _____
❒ Allergie: _____
Folgen der Allergie: _____
Medikament und Dosis: _____

Weitere Krankheiten (z.B. chronische Leiden, Inkontinenz, usw.) ❒ Für weitere Bemerkungen untenstehendes Feld benutzen.

einzunehmende Medikamente ❒ Für weitere Bemerkungen untenstehendes Feld benutzen.

❒ Medikament: _____
Dosis: _____

Weitere Bemerkungen

Impfausweis-Kopie (und falls vorhanden Allergienpasskopie) beilegen!

Ort _____ Datum _____

Versicherung ist Sache der Teilnehmenden!

Unterschrift (bei Teilnehmenden unter 16 Jahren die Unterschrift der gesetzlichen Vertretung) _____