



Notfall-Fragebogen

Daten der Teilnehmerin / des Teilnehmers

Vor- und Zuname des Teilnehmers			
Adresse des Teilnehmers			
Geburtsdatum des Teilnehmers			
Krankenkasse und Versichertennummer des Teilnehmers			
Name und Adresse eines gesetzlichen Vertreters / eines Erziehungsberechtigten.			
Wer ist im Notfall zu verständigen? Telefonnummern, bitte auch Mobilnummern!	Name	Art	Rufnummer
		Privat	
		Büro	
		Mobil	



Fragen zum Gesundheitszustand der Teilnehmerin / des Teilnehmers	
Name: _____	
Akute und / oder chronische Erkrankungen? Wenn ja, bitte aufführen.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Allergien (auch Heuschnupfen)? Wenn ja, bitte aufführen.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Medikamenten- Unverträglichkeit? Wenn ja, bitte aufführen.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Müssen bestimmte Medikamente regelmäßig eingenommen werden? Wenn ja, bitte aufführen.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Weitere wichtige Hinweise?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Ort und Datum

Unterschrift, bei Minderjährigen ein gesetzlicher Vertreter