



Gesundheitsfragebogen

Wir ersuchen Sie, diesen Fragebogen genau und deutlich lesbar auszufüllen. Bei Krankheit oder Verletzung Ihres Kindes ist uns dieser Bogen eine wesentliche Hilfe. Er wird den behandelnden ÄrztInnen vorgelegt.

LAGERTEILNEHMERin	Familiename		Vorname		4stelligeSV-Nr.	Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ)	Geburtsort
	Plz.	Ort	Straße/Gasse/Platz/ONr./Stg./Tür			Krankenkasse	
Hausarzt	Dr. Familiename		Vorname		ORDINATIONSADRESSE: Plz. Ort Straße/Gasse/Platz/ONr./Stg./Tür		

Notfallkontakte	1	Familiename		Vorname		Verwandschaftsverhältnis (Tante,Oma,usw.)	
	Kontaktadresse: Plz. Ort Straße/Gasse/Platz/ONr./Stg./Tür					Telefonnummer	
	2	Familiename		Vorname		Verwandschaftsverhältnis (Tante,Oma,usw.)	
	Kontaktadresse: Plz. Ort Straße/Gasse/Platz/ONr./Stg./Tür					Telefonnummer	

Kinderkrankheiten: (nur die wichtigsten mit Zeitpunkt):

Medikamente: Müssen Medikamente eingenommen werden? ja nein

- wenn ja, welches? wann? wie oft?

Allergien: Bestehen Allergien gegen Medikamente oder Lebensmittel (zB.: Penizillin, Nuß)? ja nein

- wenn ja, welche? wogegen?

Impfungen: Mein (Ich) Kind hat (habe) folgende Impfungen erhalten? (Impfungsart und Datum der Letztimpfung)

Zecken: Tetanus:

Sonstige:

Lebensmittelunverträglichkeit: Besteht eine solche? (zB.: Fruktoseintoleranz) ja nein

- wenn ja, welche? Wie reagiert der Körper darauf (zB.: Hautausschlag, Atemnot...)

Gewissensgründe: Mein (Ich) Kind darf gewisse Lebensmittel **nicht** essen ja nein

- wenn ja, welche und warum? (zB.: Vegetarier, religiöse Gründe)

Schwimmen: Mein (Ich) Kind darf schwimmen gehen ja nein

- es ist (ich bin): geübte(r) SchwimmerIn SchwimmerIn ungeübte(r) SchwimmerIn NichtschwimmerIn

Krankheiten, Beschwerden, Störungen: Mein (Ich) Kind leid(e)t oder litt in letzter Zeit an solchen, folgender Art:

Bereich	- wenn ja, Beschreibung d. Krankheit, Beschwerden, Störung	
Herz/Kreislauf	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Atmung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Verdauung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Hautkrankheit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Störung d. Bewegungsapparates	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Psychische Störungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Sonstige (Epilepsie, Migräne, häufiges Nasenbluten, etc.)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Operationen: Bisherige (zB.: Blindarm) mit Angabe d. Jahres:

Autobusfahrten: Meinem (Mir) Kind wird bei Autobusfahrten leicht schlecht ja nein

Rücksichtnahme: Ist eine besondere Rücksichtnahme notwendig? ja nein

- wenn ja, welche und worauf?

Sonstige: Angaben, Infos, Mitteilungen an die Lager-, Stufenleitung:

Sollte eine dringende Operation notwendig sein, bin ich - sollte ich nicht erreichbar sein – mit dieser

einverstanden nicht einverstanden

Ich habe diesen Gesundheitsbogen aufmerksam gelesen und korrekte Angaben darauf gemacht.

Wien, am

.....

Unterschrift d. Erziehungsberechtigten

bzw. d. volljährigen LagerteilnehmersIn

Dieser Gesundheitsbogen wird nach Ende d. Aktion/Lagers/Veranstaltung für d. er erforderlich war vernichtet.