

Gesundheitsfragebogen Segelfahrt 2022



Diesen Bogen bitte ausfüllen und ausdrucken, bei Minderjährigen von dem/den Erziehungs-/Sorgeberechtigten unterschreiben lassen und zur Veranstaltung mitbringen.

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße, Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

Stamm/Gruppe: _____

Schutzimpfungen (Bitte Datum angeben):

- | | |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tetanus _____ | <input type="checkbox"/> Masern _____ |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis A _____ | <input type="checkbox"/> Mumps _____ |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis B _____ | <input type="checkbox"/> Röteln _____ |
| <input type="checkbox"/> Diphtherie _____ | <input type="checkbox"/> FSME _____ |
| <input type="checkbox"/> Polio/Kinderlähmung _____ | <input type="checkbox"/> Keuchhusten _____ |
| <input type="checkbox"/> Windpocken _____ | <input type="checkbox"/> sonstige Impfungen _____ |

Mein/Unser Kind ist / Ich bin bezüglich Corona

() Geimpft, Datum der Impfungen: _____

() Genesen, gültig bis: _____

Bekannte Vorerkrankungen / Operationen: _____

Mein/Unser Kind / Ich hatte folgende Erkrankungen:
(bitte ankreuzen)

- | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Windpocken | <input type="checkbox"/> Masern |
| <input type="checkbox"/> Scharlach | <input type="checkbox"/> Röteln |
| <input type="checkbox"/> Mumps | <input type="checkbox"/> Diphtherie |

Folgende Anfälligkeiten sind bekannt (z.B. Asthma, Heuschnupfen, Reisekrankheit, Medikamenten-/Lebensmittelunverträglichkeit, sonstige Allergien, Epilepsie, etc.):

Mein/Unser Kind befindet sich / Ich befinde mich zurzeit in ärztlicher Behandlung (behandelnde*r Arzt*Ärztin):

Mein/Unser Kind bekommt / Ich bekomme als Bedarfs-/Dauermedikation folgende Medikamente und weiß damit umzugehen:

Mein/Unser Kind nimmt / Ich nehme die Medikamente selbst ein (zutreffendes bitte ankreuzen):
() ja () nein

Bei meinem/unserem Kind / mir ist auf Folgendes zu achten:

Einschränkungen in der Behandlung: -----

Krankenkasse	Kassennummer	Versichertennummer
Versichert über	Status	Versichertenkarte gültig bis

Zutreffendes bitte ankreuzen:

() Im Falle einer Erkrankung oder eines Unfalles darf folgende Person über Behandlungen entscheiden und in medizinische Eingriffe (einschließlich Operationen) einwilligen:

Name, Vorname: -----

Geburtsdatum: -----

Funktion: -----

Bei lebensbedrohlichen Erkrankungen/Unfällen entscheidet der behandelnde Arzt vor Ort.

() Im Falle einer Erkrankung oder eines Unfalles darf/dürfen nur die Erziehungs-/Sorgeberechtigten über Behandlungen entscheiden und in medizinische Eingriffe (einschließlich Operationen) einwilligen.

Es besteht zurzeit keine akute/ansteckende Erkrankung.

() ja () nein

Mein Kind kann und darf schwimmen

() ja () nein

Ich bin / Wir sind (jederzeit) wie folgt zu erreichen:

Name, Vorname: _____

Telefon/Mobil: _____

Straße, Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

Name, Vorname: _____

Telefon/ Mobil: _____

Straße, Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

Im Falle der Unterschrift nur eines Erziehungs-/ Sorgeberechtigten versichert dieser an Eides statt, dass der andere Erziehungs-/Sorgeberechtigte ebenfalls diesem zustimmt. Ich bin / Wir sind damit einverstanden, dass die persönlichen und Behandlungsdaten zum Zwecke der gesetzlich vorgeschriebenen Dokumentation gespeichert werden. Nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfrist werden die Daten gelöscht!

Krankenversicherungskarte und Impfausweis werden mitgeführt.

Ort, Datum

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungs-/Sorgeberechtigte*r

Unterschrift Erziehungs-/Sorgeberechtigte*r