



DPSG Diözesanverband Eichstätt
Stamm Münsterritter, Wölflingsstufe, Friedhofstraße 1, 85049 Ingolstadt
ANMELDE- UND GESUNDHEITSSBOGEN



Persönliche Daten:

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon(Vorwahl): _____

Geboren am/in: _____

Blutgruppe: _____

RH-Faktor: _____

Krankenkasse: _____

Über wen versichert: _____

Name der Erziehungsberechtigten: _____

Email der Eltern: _____

Handynummer: _____

Letzte Schutzimpfungen:

| | Monat | Jahr |
|---------------------------|-------|-------|
| Tetanus (Wundstarrkrampf) | _____ | _____ |
| Diphtherie | _____ | _____ |
| Polio (Kinderlähmung) | _____ | _____ |
| Zecken | _____ | _____ |

Eine Allergie ist bekannt gegen?

(Lebensmittel, Medikamente, Pollen usw.?)

Der Teilnehmer muss folgende Medikamente zu den angegebenen Zeiten einnehmen:

Medikament:

Dosierung:

Einnahmezeit:

Der Gruppenleiter soll die Einnahmen der Medikamente überwachen:

Ja

Nein

Sind andere Erkrankungen bekannt?



ANMELDE- UND GESUNDHEITSBOGEN



Leidet der Teilnehmer an:

| | JA | NEIN |
|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Diabetes (Zuckerkrankheit) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Asthma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Herz-Kreislauf-Probleme | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schwierigkeiten mit Magen-Darm-Trakt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Epilepsie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Trommelfellprobleme | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gleichgewichtsstörungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Bitte ankreuzen:

- Mein Kind darf ohne Beobachtung schwimmen
- nur unter Beobachtung schwimmen
- nur mit Schwimmhilfen schwimmen
- Mein Kind muss eine Schwimmweste tragen
- Mein Kind darf den Schutterberg während der Gruppenstunde verlassen (Kleingruppe mind. 3 Kinder)
- Fotos dürfen für interne Zwecke verwendet werden

Hausarzt:

Name: _____
Straße: _____
PLZ / Wohnort: _____
Telefon (Vorwahl): _____

Wer ist im Notfall zu verständigen:

Name: _____
Telefon(Vorwahl): _____

Bei Änderungen bitte die Leiter benachrichtigen!

Ihre Daten werden vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben.

Ist der Gesundheitsbogen vollständig ausgefüllt?

Schuljahr 2018/2019:

Datum:

Unterschrift der Erziehungsberechtigten

Schuljahr 2019/2020:

Datum:

Unterschrift der Erziehungsberechtigten

Schuljahr 2020/2021:

Datum:

Unterschrift der Erziehungsberechtigten

Schuljahr 2021/2022:

Datum:

Unterschrift der Erziehungsberechtigten