



**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 2019/2020:

Datum:

Unterschrift der Erziehungsberechtigten

Schuljahr 2020/2021:

Datum:

Unterschrift der Erziehungsberechtigten

Schuljahr 2021/2022:

Datum:

Unterschrift der Erziehungsberechtigten

Schuljahr 2022/2023:

Datum:

Unterschrift der Erziehungsberechtigten