



# Gesundheitsbogen

**BITTE IN BLOCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN!!!**

Name des Teilnehmers\*: \_\_\_\_\_  
(Nachname, Vorname)

Krankenversicherung\*: \_\_\_\_\_  
(z. B.: AOK, DAK etc.)

Krankenversicherten-Nr.\*: \_\_\_\_\_

Versichert über\*: \_\_\_\_\_  
(Name der Person, über die ihr Sohn versichert ist.)

**Impfungen\***  keine

Letzte von mindestens drei Tetanusimpfungen: \_\_\_\_\_  
(TT/MM/JJJJ)

Unser Sohn ist:  Nicht gegen Zecken (FSME) geimpft  
 Gegen Zecken (FSME) geimpft.  
Die letzte Impfung war am: \_\_\_\_\_  
(TT/MM/JJJJ)

## Krankheiten\*

Unser Sohn hatte bereits folgende Kinderkrankheiten:  keine  
 Masern  Windpocken  Röteln  Mumps  Scharlach  Diphtherie

Unser Sohn hatte folgende Erkrankungen (bitte mit Erläuterung):  keine  
 Lungenentzündung  Tbc  Herzerkrankungen  
 Keuchhusten  Blinddarmentzündung  Nierenerkrankungen

---

---

---

---

Bei unserem Sohn wurden folgende Operationen vorgenommen  keine  
(bitte Operationen im letzten Jahr kennzeichnen):

---

---

---

---

**Allergien\***  keine

Unser Sohn hat folgende Allergien:

---

---

---

---

**Medikamente\***  keine

Unser Sohn muss regelmäßig folgende Medikamente (bitte Dosierung angeben) einnehmen:

---

---

---

---

Wir werden unserem Sohn die entsprechenden Medikamente mitgeben.

**Einschränkungen** (Nur ausfüllen, wenn Krankheiten zutreffen):

Aufgrund der oben genannten Erkrankungen unterliegt unser Sohn folgenden Einschränkungen (z. B.: Sport, Essen, etc.):

---

---

---

---

**Beschwerden\***

Unser Sohn ist für folgende Beschwerden anfällig:  keine

- Nasenbluten  Übelkeit  Atemnot  Bettnässen  Heuschnupfen  Ermüdung  
 Sonstige:

---

---

### Adresse des Hausarztes\*

Im Ernstfall sind sachgerechte Informationen oft sehr wichtig. Deshalb ist es sinnvoll, wenn Sie die Anschrift des Hausarztes angeben.

Name des Arztes: \_\_\_\_\_  
(Nachname, Vorname)

Adresse: \_\_\_\_\_  
(Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

Telefonnummer: \_\_\_\_\_  
(Vorwahl, Telefonnummer)

Von den oben genannten Angaben abgesehen ist unser Sohn vollkommen gesund. Auch unter den obigen Voraussetzungen kann ein Aufenthalt im Lager mit den üblichen körperlichen Anforderungen verantwortet werden. Sollten sich bis zum Beginn des Sommerlagers bedeutsame Änderungen ergeben, werden wir diese unverzüglich mitteilen.

Wir versichern, dass unser Sohn an keiner ansteckenden Krankheit leidet und frei von Parasiten (z. B.: Kopfläuse, Flöhe) ist. Sollte unser Sohn oder ein anderes Familienmitglied vor dem Sommerlager noch eine ansteckende Krankheit haben, werden wir unseren Sohn nicht ohne Einwilligung des Hausarztes und unter Benachrichtigung der Leiter mitschicken.

Falls während des Lagers eine ärztliche Behandlung notwendig wird, sind wir damit einverstanden. Dies gilt auch für einen nach ärztlichem Urteil notwendigen unverzüglich vorzunehmenden operativen Eingriff.

\*) Pflichtfelder – bitte ausfüllen!

Name des Erziehungsberechtigten: \_\_\_\_\_  
(Nachname, Vorname)

Datum, Ort: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_  
(TT/MM/JJJJ)