

# Gesundheitskarte

---

## Teilnehmer

Name:

Strasse:

PLZ, Ort:

Geb. Datum:

Vorname:

Telefon:

---

**Eltern** (im Notfall zu benachrichtigende Person)

Name:

Ferienadresse:

Telefon:

Vorname:

Handy:

Handy 2:

---

## Hausarzt

Name:

Telefon:

---

## Gesundheitszustand

Krankheit:

Behandlung abgeschlossen?  Ja /  Nein

Medikamente (Name und Dosierung):

---

## Allergien

Medikament / Bemerkungen

Heuschnupfen

Bienen- / Wespenstich

Asthma bei/nach

Lebensmittel

Medikamente

Andere

---

Krankenkasse

Krankenkasse:

Vers.-Nr.:

---

## Bemerkungen

Versicherung ist Sache der Teilnehmer. Alle wichtigen Angaben zum Gesundheitszustand sind auf der Karte vermerkt.

Bitte Kopie des Impfausweises beilegen

Kopie Allergiepass (falls vorhanden)

---

**Datum:**

**Unterschrift (des gesetzlichen Vertreters):**

---