

»»» Gesundheitsfragebogen

Angaben des Lagerteilnehmers	Angaben des Versicherten
Vor-und Zuname	Vor- und Zuname
Geb. Datum	Geb. Datum
Straße, Haus-Nr.	Arbeitgeber
PLZ, Wohnort	Krankenkasse
Hausarzt	

Unser Kind **hat folgende Krankheiten:**

<p>Unser Kind hatte folgende Krankheiten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Windpocken <input type="checkbox"/> Masern <input type="checkbox"/> Scharlach <input type="checkbox"/> Keuchhusten <input type="checkbox"/> Diphtherie <input type="checkbox"/> Mumps 	<p>Folgende Schutzimpfungen wurden vorgenommen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Kinderlähmung am: _____ <input type="checkbox"/> Tetanus am: _____ <input type="checkbox"/> Pocken am: _____ <input type="checkbox"/> Diphtherie am: _____ <input type="checkbox"/> Masern am: _____ <input type="checkbox"/> Keuchhusten am: _____ <p>Fotokopie des Impfpasses bitte abgeben</p>
--	---

Hiermit nehme ich zur Kenntnis, daß ich verpflichtet bin, den Leitern mitzuteilen, **falls sechs Wochen vor Beginn der Fahrt in der Umgebung meines Kindes Infektionskrankheiten aufgetreten sind!**

Folgende **Anfälligkeiten** sind bekannt:

(z.B. Asthma, Heuschnupfen, Reiseempfindlichkeit, Medikamenten-, Lebensmittel- und Pollenallergie, sonstige Allergien, Epilepsie....)

Mein Kind ist:

- Brillenträger Nein Ja
- Kontaktlinsenträger Nein Ja
- Zahnspangenträger Nein Ja
- Bettnässer Nein Ja in seltenen Fällen



