

Gesundheitsblatt



Die Angaben dienen bei unvorhergesehenen Vorkommnissen zum schnelleren Entscheid über die zu treffenden Maßnahmen und zur Benachrichtigung von Angehörigen. Dieses Blatt wird nach Ende zurückgegeben oder vernichtet.

Personalien in BLOCKBUCHSTABEN ausfüllen

Familienname		Vorname	
Geburtsdatum		Versicherungs-Nr.	
Straße		PLZ, Ort	
Telefon		Versicherung	
Mitversichert bei		Arbeitgeber	

Kontaktadresse für Notfälle während der Veranstaltung

Familienname		Vorname	
PLZ/Ort		Straße	
Telefon			

Impfungen aus Impfpass

Tetanus Wundstarrkrampf	<input type="checkbox"/>	Nicht geimpft	<input type="checkbox"/>	Zuletzt geimpft am:
Zecken FSME	<input type="checkbox"/>	Nicht geimpft	<input type="checkbox"/>	Zuletzt geimpft am:
Corona- Schutzimpfung	<input type="checkbox"/>	Nicht geimpft	<input type="checkbox"/>	Zuletzt geimpft am:

Allergien und Krankheiten

<input type="checkbox"/>	Asthma	<input type="checkbox"/>	Kreislaufbeschwerden	<input type="checkbox"/>	Heimweh	<input type="text" value="Sonstiges"/>
<input type="checkbox"/>	Biene / Wespe	<input type="checkbox"/>	Heuschnupfen	<input type="checkbox"/>	Bettnässen	

Wasseraktivitäten / Schwimmen

<input type="checkbox"/>	Ungeübt bis 50m	<input type="checkbox"/>	Fortgeschritten bis 300m	<input type="checkbox"/>	Geübt über 300m	<input type="checkbox"/>	Keine Erlaubnis für Teilnahme an Aktivitäten im Wasser
--------------------------	--------------------	--------------------------	-----------------------------	--------------------------	--------------------	--------------------------	---

Medikamente

Regelmäßige Medikamenteneinnahme unter Aufsicht von Mitarbeitenden nötig? unten angeben: Bezeichnung, Dosierung, Einnahmевorschriften	<input type="checkbox"/>	JA	<input type="checkbox"/>	NEIN
Bei Bedarf dürfen unter Berücksichtigung von Allergien rezeptfreie Medikamente (z.B. Fenestil-Gel) selbstständig durch Mitarbeitende gegeben werden?	<input type="checkbox"/>	JA	<input type="checkbox"/>	NEIN

Bemerkungen

Dies ist meine **Einwilligung** an die Hauptleitung, die notwendigen Schritte für eine medizinische Behandlung, im Notfall auch ohne vorherige weitere Benachrichtigung, zu veranlassen. Ich nehme zur Kenntnis, dass seitens des Veranstalters kein Unfallversicherungsschutz besteht.

Datum, Ort		Unterschrift	
-------------------	--	---------------------	--