



Notfall-Fragebogen

Daten der Teilnehmerin / des Teilnehmers

Vor- und Zuname des Teilnehmers			
Adresse des Teilnehmers			
Geburtsdatum des Teilnehmers			
Krankenkasse und Versichertennummer			
Name und Adresse eines gesetzlichen Vertreters / eines Erziehungsberechtigten.			
Wer ist im Notfall zu verständigen? Telefonnummern, bitte auch Mobilnummern!	Name	Art	Rufnummer
		Privat	
		Büro	
		Mobil	



Fragen zum Gesundheitszustand der Teilnehmerin / des Teilnehmers

Vor- und Zuname des Teilnehmers	
Akute und / oder chronische Erkrankungen? Wenn ja, bitte auflühren.	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
Allergien (auch Heuschnupfen)? Wenn ja, bitte auflühren.	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
Medikamenten- Unverträglichkeit? Wenn ja, bitte auflühren.	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
Müssen bestimmte Medi- kamente regelmäßig eingenommen werden? Wenn ja, bitte auflühren.	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
Weitere wichtige Hinweise?	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja

Ort und Datum

Unterschrift, bei Minderjährigen ein gesetzlicher Vertreter