

Selbsterklärung zum Gesundheitszustand

Veranstaltung: _____

Angaben zum Teilnehmer

Name: _____ Vorname: _____

Geb.-Datum: _____ Krankenkasse: _____

Sind in den letzten 6 Wochen ansteckende Krankheiten in der Familie / Umgebung (Schule, Nachbarschaft, Sportverein, o.ä.) aufgetreten?

Nein Ja (welche?): _____

Muss das o.g. Kind **regelmäßig** Medikamente zu sich nehmen?

Nein Ja (welche? wann? Dosierung?) _____

Muss das o.g. Kind in bestimmten Situationen Medikamente zu sich nehmen (Allergien, Unverträglichkeiten, Astma, Insektenstiche, o.ä.)?

Nein Ja (welche? wann? Dosierung?) _____

Bestehen Allergien oder Unverträglichkeiten?

Nein Ja (welche?) _____

Sonstige Informationen welche evtl. wichtig sein könnten (Schlafwandeln, großes Heimweh, o.ä.)?

Letzte Tetanusimpfung: _____

Ich bin damit einverstanden, dass mein Kind im Krankheitsfall in ärztliche Behandlung gegeben wird.

bitte wenden >>>

-2-

Angaben zum Hausarzt

Name: _____ Telefon: _____

Anschrift: _____

Folgende Person ist im Krankheitsfall oder Unfall zu informieren
(diese Person muss während der Fahrt ständig erreichbar sein)

Name: _____ Vorname: _____

Adresse: _____

Telefon: _____ / _____ Mobil: _____

Sonstige Angaben (z.B. zusätzliche Hinweise bei Medikamenten, sonstige Notfall-Telefonnummern, usw.)

Ort, Datum

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters