**Gesundheitsbogen**

für die Teilnahme am….

**Datenschutzhinweis:** Dieser Bogen dient nur zur Information der Lagerleitung und wird anschließend vernichtet. Er kann zur Wahrung der Diskretion in einem verschlossenen Umschlag zurückgesandt werden!

**Bitte deutlich und in Druckbuchstaben ausfüllen!**

**(Krankenkasse) (Ort der zuständigen Geschäftsstelle) (Hauptversicherte\*r) (Geb. Datum Hauptversicherte\*r)**

**(Name) (Vorname) (Geburtsdatum)**

**(Straße & Hausnummer) (PLZ & Ort) (Telefonnummer mit Vorwahl)**

**(Name des behandelnden Hausarztes) (PLZ & Ort Hausarzt) (Telefonnummer des Arztes mit Vorwahl)** **Erziehungsberechtigte\*r**

**(Name) (Vorname)**

Angabe der Adresse, wenn sie von der des Teilnehmenden abweicht, bzw. Ferienadresse der Eltern:

**(Straße & Hausnummer) (PLZ & Ort) (Telefonnummer mit Vorwahl)**

**(Mobilfunknummer) (Alternative Telefonnummer) (E-Mail-Adresse)** **Besonderheiten**

Regelmäßige Medikamenteneinnahme (Grund für die Einnahme, Präparate, Dosierung, etc.):

Allergien (z.B. Arzneimittelallergie, Pflasterallergie, Jodallergie, Nahrungsmittelunverträglichkeit, etc.):

Chronische Erkrankungen (z.B. Asthma bronchiale, Diabetes mellitus, etc.):

**Bestätigung**

**(Unterschrift des Teilnehmers/ der Teilnehmerin bzw. des/der Erziehungsberechtigten)**

**Bitte unbedingt zum Lager mitbringen:**

- Kopie des Impfausweises

- Krankenkassenkarte

Ansprechpartner für das Lager:

Name

E-Mail

Telefon