



Medizinischer Fragebogen

(bitte lesbar in Druckbuchstaben ausfüllen)

Nachname	
Vorname	
Geburtsdatum	
Straße/ Hausnummer	
PLZ/ Wohnort	
Handynummer (Kind)	
Handynummer (Eltern)	
E-Mail-Adresse (Kind)	
E-Mail-Adresse (Eltern)	
Krankenkasse/ -versicherung	
Versicherungsnummer	

Mein Kind/ Ich wurde zuletzt gegen Tetanus geimpft am: _____

Es bestehen folgende Allergien/ Unverträglichkeiten: _____

Folgende Medikamente werden regelmäßig eingenommen: _____

Es bestehen Erkrankungen (z.B. Epilepsie, Diabetes, Asthma, Migräne): _____

Mein Kind/ Ich kann schwimmen nicht schwimmen

Schwimmabzeichen: _____

Im Notfall zu benachrichtigende Personen/ Handynummern: _____

Ort/ Datum/ Unterschrift (Erziehungsberechtigte)