



Gesundheitsfragebogen

NAME : _____ VORNAME : _____ GEBURTSDATUM : ___/___/_____

Teilnahme am Lager von 31. Juli bis 6. August 2016

BEZEICHNUNG		JA	NEIN					
Diabetes		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Asthma		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Bluterkrankheit		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Epilepsie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Inkontinenz		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Rollstuhl oder sonstige gravierende Gehbehinderung		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Allergien		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
- Penizillin		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
- Wespen- oder Bienenstich		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
- Andere, welche ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
- Lebensmittel, welche?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Diät		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
- Diabetes		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
- Vegetarisch		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
- Andere, welche ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Medikamente : regelmässige Benützung ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Nimmt der Lagerteilnehmer seine Medikamente selbständig		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Ist eine Medikamentenbox vorhanden, wenn ja, bitte die jeweiligen Abgaben vorbereitet mitgeben.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Name des Medikamentes	Morgen		Mittag		Abend		Nacht	
	Zeit	Menge	Zeit	Menge	Zeit	Menge	Zeit	Menge

Bemerkungen:

.....

Unfall- und Haftpflichtversicherung ist Sache der Teilnehmerin und des Teilnehmer. Die Unfallversicherung ist obligatorisch

Datum:

Unterschrift:.....