



**Gesundheitsfragebogen**

NAME : \_\_\_\_\_ VORNAME : \_\_\_\_\_ GEBURTSDATUM : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Teilnahme am Lager von 29. Juli bis 4. August 2018

<b>BEZEICHNUNG</b>		<b>JA</b>	<b>NEIN</b>					
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:.....