



# GESUNDHEITSBLATT

Biber      WiWö      GuSp      CaEx      RaRo      Leiter\*innen

Name .....

Größe .....cm

Geburtsdatum .....

Gewicht .....kg

---

## Die Daten der teilnehmenden Person:

Versicherungsnummer: \_ \_ \_ \_ - \_ \_ \_ \_ \_

selbstversichert

mitversichert

---

## Die Daten der hauptversicherten Person (mitversichert):

Name: .....

Versicherungsnummer: \_ \_ \_ \_ - \_ \_ \_ \_ \_

Dienstgeber: .....

---

Die teilnehmende Person hat die Blutgruppe: .....

---

Die teilnehmende Person hat folgende **Allergien** (Medikamente, Speisen, Insektenstiche, etc.):

---

Die teilnehmende Person benötigt folgende **Medikamente** (Bitte Dosis und Dauer angeben!):

---

Die teilnehmende Person hat folgende **physische oder chronische** Krankheiten und Einschränkungen:

---

Die teilnehmende Person hat folgende **psychische** Krankheiten und Einschränkungen:

---

Die teilnehmende Person hat folgende Erkrankungen / Einschränkungen:

Anfallsleiden (Epilepsie)	JA	NEIN	Asthma Bronchiale	JA	NEIN
Diabetes	JA	NEIN	Allergie gegen Penicillin	JA	NEIN

---

Die teilnehmende Person ist **geimpft** gegen (Datum letzte Impfung):

Tetanus      JA      NEIN      Datum:

Zecken      JA      NEIN      Datum:

---

Die teilnehmende Person hat folgende **Operationen** durchgemacht:

Blinddarm      JA      NEIN      Leisten-/Nabelbruch      JA      NEIN

Andere kürzliche / relevante Operationen: .....

Folgen nach Unfällen: .....

