



Gesundheitsfragebogen

(vertraulich)

zur Chorfahrt nach _____ vom _____ bis _____

Name des Teilnehmers/der Teilnehmerin: _____

Als Veranstalter der Chorfreizeit sind wir aus rechtlichen und versicherungstechnischen Gründen auf die nachstehenden Angaben angewiesen. Füllen Sie den Fragebogen bitte gut leserlich aus. Alle Angaben werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt.

- Unser Kind hat folgende **chronische Krankheiten**
(z.B. Herz-Kreislaufschwäche, Zucker, Krampfanfälle, Allergien, Gerinnungsstörung):

- wegen der oben genannten Erkrankung werden **Dauermedikamente** genommen:
 - wenn ja:
 - Name des Medikaments: _____ wie oft? _____
 - Name des Medikaments: _____ wie oft? _____
- wegen der oben genannten Erkrankung werden **Bedarfsmedikamente** genommen:
 - wenn ja:
 - Name des Medikaments: _____ wie oft? _____
 - Name des Medikaments: _____ wie oft? _____

Ich bitte hierbei, auf Folgendes zu achten (evtl. Rückseite benutzen):

Kopie des Impfausweises nimmt mein Kind mit!

- **Kontaktperson** die grundsätzlich erreichbar ist:

Name: _____ Verwandtschaftsverhältnis: _____

Adresse: _____

Telefon: _____ Mobil _____

- **falls nicht erreichbar** kann auch folgende Person kontaktiert werden:

Name: _____ Verwandtschaftsverhältnis: _____

Adresse: _____

Telefon: _____ Mobil _____

- Unser Kind ist bei folgender **Versicherung** krankenversichert:

Krankenkasse: _____ KV-Nr. _____

Versichertennummer: _____

Versichertenkarte oder Kopie der Versichertenkarte nimmt mein Kind mit!

Koblenz, den _____

(Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten)

Zustimmung zu ärztlicher Versorgung im Notfall

(von den Eltern auszufüllen)

Ich/Wir, der/die **Unterzeichner**, _____
(Name, Vorname der/des Erziehungsberechtigten)

Adresse: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

erteile den zur Fahrt benannten Aufsichtspersonen die Erlaubnis, meinem (minderjährigen) Kind, nach Hinzuziehung einer/s praktizierenden Ärztin/Arztes, jede medizinische Versorgung zukommen zu lassen, die im Falle eines Unfalls, eines dringenden chirurgischen Eingriffs, einer ansteckenden Krankheit oder jeder anderen schweren Erkrankung notwendig sein könnte. Bei lebensbedrohlichen Erkrankungen / Unfällen entscheidet die/der behandelnde Ärztin/Arzt vor Ort.

Name des Kindes: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geschlecht: _____

- Im **Notfall** sind während meiner Abwesenheit zu benachrichtigen:

Name: _____ Verwandtschaftsverhältnis: _____

Adresse: _____

Telefon: _____ Mobil _____

Im Falle eines medizinischen Notfalles entbinde ich die behandelnden Ärztinnen und Ärzte von der **Schweigepflicht** gegenüber den zur Fahrt benannten Aufsichtspersonen. Diese verpflichten sich im medizinischen Notfall wiederum, die Erziehungsberechtigten bzw. hier benannten Kontaktpersonen umgehend zu kontaktieren.

Ich bestätige, dass die o. g. Angaben exakt sind und der Wahrheit entsprechen.

Koblenz, den _____
(Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten)