

NOTFALLZETTEL SNOWBOARD- & SKILAGER

2.2.-8.2.2014 BETTMERALP

Teilnehmer	
Name: _____	Vorname: _____
Adresse: _____	
Telefon: _____	Geb.Datum: _____

Eltern	
Name: _____	Vorname: _____
Ferienadresse: _____	
Telefon: _____	

Versicherung	
Unfall:	Name: _____
	Adresse: _____
Krankenkasse:	Name: _____
	Adresse: _____
Haftpflicht:	Name: _____
	Adresse: _____

Arzt	
Name: _____	Adresse: _____

Gesundheitszustand	
<input type="checkbox"/> keine Beschwerden kürzliche Krankheit: _____ Behandlung abgeschlossen: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> in Behandlung (<input type="checkbox"/> _____, <input type="checkbox"/> psychisch)	
Allergien:	Medikament:
<input type="checkbox"/> Heuschnuppen	_____
<input type="checkbox"/> Bienen-/Wespenstich	_____
<input type="checkbox"/> Asthma bei/nach:	_____
<input type="checkbox"/> Lebensmittel (Produkt):	_____
<input type="checkbox"/> Medikamente (Wirkstoff):	_____

Kinderkrankheiten:	gehabt	geimpft	Bemerkungen:
Keuchhusten			(Rückenleiden, Ergänzungen zu Allergien, Bettnässer, Gesundheitszustand)
Mumps			
Scharlach			
Masern			
Röteln			
Wilde Blattern			

Ich habe von den Versicherungsbedingungen Kenntnis genommen und den Gesundheitszustand vermerkt.

Kopien von Impfkarte und Allergiepass beilegen!

Datum: _____ Unterschrift des gesetzlichen Vertreters: _____