

Medizinischer Fragebogen

Name, Vorname: _____

Straße, Hausnr.: _____

Plz, Ort: _____

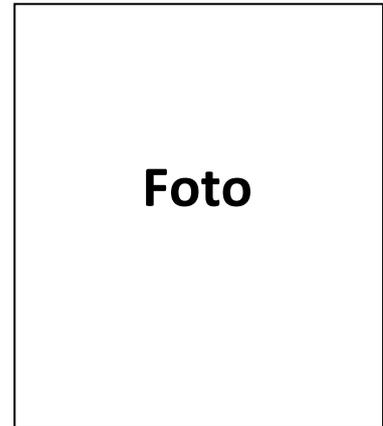
Telefon: _____

Geburtstag, -ort: _____

Eltern: _____

Krankenkasse: _____

Versicherungsnr.: _____



Ich / mein Kind hat folgende Allergien

(Heuschnupfen, Staub, Medikamente – welche?):

Ich/ mein Kind nimmt regelmäßig folgende Medikamente:

Ich/ mein Kind ist erkrankt an (z.B. Epilepsie, Asthma):

Ich/ meine Kind hat folgende Bruchverletzungen erlitten:

Sonstiges (z.B. Rückenleiden, Migräneanfälle):

Ich/ mein Kind kann schwimmen kann nicht schwimmen.

_____, den _____

Unterschrift Erziehungsberechtigter