



## Notfall-Fragebogen

### Daten der Teilnehmerin / des Teilnehmers

|   |             |            |                  |
|---|-------------|------------|------------------|
| Vor- und Zuname<br>des Teilnehmers  |             |            |                  |
| Adresse des Teilnehmers   |             |            |                  |
| Geburtsdatum<br>des Teilnehmers   |             |            |                  |
| Krankenkasse und<br>Versichertennummer  |             |            |                  |
| Name und Adresse eines<br>gesetzlichen Vertreters /<br>eines Erziehungsberechtigten.        |             |            |                  |
| Wer ist im Notfall zu ver-<br>ständigen? Telefonnum-<br>mern, bitte auch Mobil-<br>nummern! | <b>Name</b> | <b>Art</b> | <b>Rufnummer</b> |
|   |             | Privat     |                  |
|   |             | Büro       |                  |
|   |             | Mobil      |                  |
|   |             |            |                  |
|   |             |            |                  |
|   |             |            |                  |

**Fragen zum Gesundheitszustand der Teilnehmerin / des Teilnehmers**

|  |  |
|--|--|
| Vor- und Zuname<br>des Teilnehmers   |  |
| Akute und / oder chronische<br>Erkrankungen?<br>Wenn ja, bitte aufrühren.                        | <input type="radio"/> nein<br><input type="radio"/> ja |
| Allergien<br>(auch Heuschnupfen)?<br>Wenn ja, bitte aufrühren.                                   | <input type="radio"/> nein<br><input type="radio"/> ja |
| Medikamenten-<br>Unverträglichkeit? Wenn<br>ja, bitte aufrühren.                                 | <input type="radio"/> nein<br><input type="radio"/> ja |
| Müssen bestimmte Medi-<br>kamente regelmäßig<br>eingenommen werden?<br>Wenn ja, bitte aufrühren. | <input type="radio"/> nein<br><input type="radio"/> ja |
| Weitere wichtige<br>Hinweise?  | <input type="radio"/> nein<br><input type="radio"/> ja |

Ort und Datum

Unterschrift, bei Minderjährigen ein gesetzlicher Vertreter