



Gesundheitsbogen

für Mitarbeitende des VCP-Bundeslagers 2014

.....
(Nachname)

Datenschutzhinweis: Dieser Bogen dient nur zur Information der Bundeslager-Ärzte und wird anschließend vernichtet. Er kann zur Wahrung der Diskretion in einem verschlossenen Umschlag zurückgesandt werden.

Bitte deutlich und in Druckschrift ausfüllen!

Krankenkasse

.....
(Krankenkasse)

.....
(Ort der zuständigen Geschäftsstelle)

Mitarbeitender

.....
(Nachname)

.....
(Vorname)

.....
(Geburtsdatum)

.....
(Straße)

.....
(PLZ, Ort)

.....
(Telefonnummer mit Vorwahl)

.....
(Name des behandelnden Hausarztes/Kinderarztes)

.....
(Ort des Arztes)

.....
(Telefonnummer des Arztes)

Benachrichtigung im Notfall

.....
(Nachname)

.....
(Vorname)

Angabe der Adresse, wenn sie von der des Teilnehmenden abweicht bzw. Ferienadresse der Eltern:

.....
(Straße)

.....
(PLZ, Ort)

.....
(Telefonnummer mit Vorwahl)

.....
(Mobilnummer)

Impfungen

Tetanus: Ja Nein
(Datum der letzten Impfung)

Masern/Mumps/Röteln: Ja Nein

Polio: Ja Nein
(Datum der letzten Impfung)

Hepatitis B: Ja Nein

Diphtherie: Ja Nein
(Datum der letzten Impfung)

Sonstige:

Besonderheiten

Regelmäßige Medikamenteneinnahme:

.....
(Grund für die Einnahme, Präparate und Dosierung)

.....
(Grund für die Einnahme, Präparate und Dosierung)

Allergien (z.B. Arzneimittelallergie, Pflasterallergie, Jodallergie, Nahrungsunverträglichkeiten etc.):

.....

Chronische Erkrankungen (z.B. Asthma bronchiale, Diabetes mellitus etc.) und Operationen:

.....
.....

Bemerkungen

.....
.....

Bestätigung

.....
(Unterschrift des Teilnehmers / der Teilnehmerin bzw. des / der Erziehungsberechtigten)

Ansprechpartner für das Team des Bundeslager-Hospitals 2014 auf dem Schachen

C. Michael Römer

e-Mail: hospital@bundeslager.vcp.de

oder Kontakt über die VCP Bundeszentrale

Bitte unbedingt zum Bula mitbringen:

- Kopie des Impfausweises
- Krankenkassenkarte
- Unfallhilfe-/Blutgruppenpass (falls vorhanden)