



Gesundheitsbogen

für die Teilnehmenden des VCP-Bundeslagers 2010

.....
(Gruppennummer)

.....
(Nachname Teilnehmer/Teilnehmerin)

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!

Teilnehmerin/Teilnehmer

.....
(Krankenkasse)

.....
(Ort der zuständigen Geschäftsstelle)

.....
(Hauptversicherter)

.....
(Geb.Datum Hauptvers.)

.....
(Nachname)

.....
(Vorname)

.....
(Geburtsdatum)

.....
(Straße)

.....
(PLZ, Ort)

.....
(Telefonnummer mit Vorwahl)

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

.....
(Ort des Arztes)

.....
(Telefonnummer des Arztes)

Eltern/ Erziehungsberechtigte

.....
(Nachname)

.....
(Vorname)

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

.....
(Straße)

.....
(PLZ, Ort)

.....
(Telefonnummer mit Vorwahl)

.....
(Mobilnummer)

.....
(2. Telefonnummer – z.B. der Nachbarn, Großeltern – für Notfälle)

.....
e-Mail-Adresse

Impfungen

Tetanus: Ja Nein
(Datum der letzten Impfung)

Polio: Ja Nein
(Datum der letzten Impfung)

Diphtherie: Ja Nein
(Datum der letzten Impfung)

Masern/Mumps/Röteln: Ja Nein

Hepatitis B: Ja Nein

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 2010 in Almke:

C. Moritz Schad

e-Mail: krankenhaus@bundeslager.vcp.de

oder Kontakt über die VCP Bundeszentrale

Bitte unbedingt zum Bula mitbringen:

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