



Gesundheitsbogen

Aktives Mitglied:

Nachname: _____	Vorname: _____
Straße und Hausnummer: _____	PLZ und Wohnort: _____
Geburtsdatum: _____	Versicherungsanstalt: _____
Telefon: _____ Mobil: _____	Versicherungsnummer: _____

Angabe des Hauptversicherten:

Nachname: _____	Vorname: _____
Straße und Hausnummer: _____	PLZ und Wohnort: _____
Geburtsdatum: _____	Versicherungsanstalt: _____
Telefon: _____ Mobil: _____	Versicherungsnummer: _____

Anfälligkeiten:

- | | |
|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Bronchialerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Atemnot | <input type="checkbox"/> Allergien |

bekannte Grunderkrankungen (z.B. Herzfehler, Kreislaufprobleme):

Notfallmedikamente:

Medikamentenunverträglichkeit:

Schutzimpfungen wurden vorgenommen:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Tetanus am: | <input type="checkbox"/> Diphtherie am: |
| <input type="checkbox"/> Maser am: | <input type="checkbox"/> Keuchhusten am: |
| <input type="checkbox"/> Fotokopie des Impfpasses (zum eigenen Schutz) | |

Ich gebe mein Einverständnis, dass mein Kind falls erforderlich bei Erkrankung oder Unfall unter umgehender Benachrichtigung in ein Krankenhaus gebracht wird

Ja

Nein

Datum: _____

Unterschrift:(Erziehungsberechtigter/in)

Geschäftsstelle: Heckenrosenweg 27, 47804 Krefeld Tel.: (02151) 394878 Fax: (02151) 394878	Amtsgericht Krefeld VR-Nr.: 2861 geschaeftsstelle@bockumer-bulldogs.net www.bockumer-bulldogs.net	Bankverbindung: Sparkasse Krefeld BLZ: 320 500 00 Kontonummer: 480 209 29
---	--	--