



Pfadfindergruppe 23
-st. calasanz

1080 Wien, Piaristengasse 45
kontakt@gruppe23.net
www.gruppe23.net
facebook.com/gruppe23

**WIENER PFADFINDER
UND PFADFINDERINNEN**



Gesundheitsbogen

Angaben zum Kind:

Vorname(n): _____ Nachname: _____

Sozialversicherungsnummer: _____

Angaben zum Hauptversicherten:

Name: _____ SV Nummer: _____

Versicherungsträger (zB. WGKK) _____

Wohnadresse (PLZ, Ort, Straße/Gasse, Hausnummer, Türnummer):

Arbeitgeber (Firma, PLZ, Ort) _____

Im Notfall zu verständigen:

Name, Beziehung zum Kind (zB Maria Muster, Mutter) _____

Telefonnummer(n) _____

Allgemeine Angaben:

Blutgruppe (zB. 0 pos.): _____ Schwimmer: Ja Nein

Datum der letzten Zeckenschutzimpfung (FSME): _____

Datum der letzten Tetanusimpfung: _____

Angaben zum Gesundheitszustand: _____

Krankheiten (Asthma, Epilepsie, Bluter, Nierenleiden, ADHS), Allergien (Medikamente, Nahrungsmittel),
Operationen (Blinddarm):

Bedarfsmedikation (zB. Asthmaspry, Epipen) _____

Medikamente: (Name, Grund, Dosierung (zB. Atemnot, 2x einatmen) _____

Platz für Bemerkungen (bei weiterem Platzbedarf bitte Rückseite benutzen):

Datum _____ Unterschrift eines Erziehungsberechtigten _____