

Gesundheitsfragebogen Jungenlager

Name/Vorname des Kindes _____

Geburtsdatum _____

Bitte ankreuzen, was zutrifft

Brillenträger/Kontaktlinsen Ja Nein

trägt im Lager eine lose Zahnspange Ja Nein

Kreislaufbeschwerden Ja Nein

Magenbeschwerden Ja Nein

Reiseübelkeit Ja Nein

Asthma Ja Nein

Tetanusschutz Ja Nein

Regelmäßige Medikamenteneinnahme Ja Nein

(Wenn ja, bitte Verabreichungsplan vom Arzt beifügen; s.Infoschreiben)

Allergien

Insektenstiche Ja Nein

Heuschnupfen Ja Nein

Unverträglichkeiten (Nahrung, Schminke etc) Ja Nein

Wenn ja, welche: _____

Sonstige Beschwerden (Behinderung, Einnässen, Schlafstörung etc.):

Sonstige Besonderheiten (Paukenröhrchen):

