



Medizinischer Fragebogen

(bitte lesbar in Druckbuchstaben ausfüllen)

Nachname		
Vorname		
Geburtsdatum		
Straße, Hausnummer		
PLZ, Wohnort		
Handynummer (bei Minderjährigen: Erziehungsberechtigte:r)		
E-Mail-Adresse (bei Minderjährigen: Erziehungsberechtigte:r)		
Krankenkasse/		
Versichertennummer		

Zuletzt gegen Tetanus geimpft am _____

Es bestehen folgende Allergien/ Unverträglichkeiten _____

Folgende Medikamente werden regelmäßig eingenommen _____

Es bestehen Erkrankungen (z.B. Epilepsie, Diabetes, Asthma, Migräne) _____

Ich kann schwimmen nicht schwimmen

Schwimmabzeichen _____

Im Notfall zu benachrichtigende Personen (mit Handynummern) _____

Ort, Datum

Unterschrift (bei Minderjährigen: Erziehungsberechtigte:r)