

# 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) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Im Notfall zu benachrichtigende Person(en) + Handynummer:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (bei Minderjährigen: Erziehungsberechtigte:r)