



## Medizinischer Fragebogen

Diesen Fragebogen bitte nur ausfüllen bei bekannten Allergien, Medikamentenunverträglichkeiten oder bestehenden Dauermedikationen, bei denen die Medikamente beim Ressort Sanitätsdienst aufbewahrt werden sollen. Der Medizinische Fragebogen wird nur vollständig ausgefüllt (mit Foto!) akzeptiert.

**Die Abgabe erfolgt bei Anreise am 16.08.2024 persönlich beim/bei der Vertreter/in des Ressorts Sanitätsdienst im Rahmen der Anmeldung!**

Name	<input type="text"/>	
Vorname	<input type="text"/>	
Kinderfeuerwehr	<input type="text"/>	HIER EIN
Geburtstag	<input type="text"/>	AKTUELLES
Straße/Hausnummer	<input type="text"/>	PATIENFOTO
Postleitzahl/Ort	<input type="text"/>	ANHEFTEN!
Elternteil	<input type="text"/>	
Telefon Elternteil	<input type="text"/>	

Die oben genannte Person hat folgende **Allergien** und/oder **Medikamentenunverträglichkeiten**:

Folgende **Medikamente** müssen dauerhaft in der angegebenen **Dosierung** eingenommen werden:

<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> morgens	<input type="checkbox"/> mittags	<input type="checkbox"/> abends	<input type="checkbox"/> nachts
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> morgens	<input type="checkbox"/> mittags	<input type="checkbox"/> abends	<input type="checkbox"/> nachts
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> morgens	<input type="checkbox"/> mittags	<input type="checkbox"/> abends	<input type="checkbox"/> nachts

**Unterschrift Erziehungsberechtigte/r**

Handynummer eines/r dauerhaft im Zeltlager anwesenden Betreuers/in: