

Versicherungs- und Gesundheitskarte



Personaldaten

Geschlecht: _____ Tel P: _____

Name: _____ Tel G: _____

Vorname: _____ Handy: _____

Adresse: _____

PLZ: _____ Wohnort: _____

Geburtsdatum: _____ AHV Nr.: _____

Beruf: _____ J+S Nr.: _____

E-Mail Adresse: _____



Hausarzt

Hausarzt: _____

Tel.: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Versicherungen

Krankenkasse: _____ Vers. Nr.: _____

Versicherungsart: Allgemein Halbprivat Privat

Unfallversicherung: _____

Versicherungsart: Allgemein Halbprivat Privat

Haftpflichtversicherung: _____

Gesundheitszustand

Allergien,
Unverträglichkeiten: _____

Gesundheits-
zustand aktuell: _____

Medikamente: _____

Datum der letzten Tetanusimpfung: _____ Ich kann und darf schwimmen: ja nein

Bemerkungen: _____

Datum und Unterschrift (für noch nicht Volljährige Unterschrift der Eltern)

Ort: _____ Datum: _____

Notfall Tel Nr.: _____ Unterschrift: _____