



Gesundheitsbogen

Die Informationen sind vertraulich und nur dem Betreuer-Team zugänglich.

Angaben Teilnehmer/in	
Vor- und Nachname	Postleitzahl und Wohnort
Geburtsdatum	Krankenkasse des Kindes
Straße und Hausnummer	Versicherungsnummer
Angaben des/der Erziehungsberechtigten	
Vor- und Nachname	Vor- und Nachname

Notfall-Kontaktperson (24h erreichbar)	
Während der Veranstaltung ist unsere/meine Adresse wie folgt:	
vom bis	vom bis
Heimatadresse	Ferienadresse
Straße und Hausnummer	Straße und Hausnummer
Postleitzahl und Ort	Postleitzahl und Ort
Telefon- und Handynummer	Handynummer

Krankheiten/Allergien/Besonderheiten		
Meine Tochter / mein Sohn hat zur Zeit folgende Krankheiten:		
Ist in der Umgebung des Kindes in den letzten 8 Wochen eine Infektionskrankheit aufgetreten? Wenn ja, welche?		
Folgende Beschwerden/ Unverträglichkeiten / Gewohnheiten sind bekannt: (z. B. Asthma, Heuschnupfen, Medikamenten-, Lebensmittelunverträglichkeit, Allergien, Vegetarische Ernährung usw.)		
Folgende Behinderungen / Einschränkungen / Besonderheiten sind zu beachten (z. B. Brillenträger, Zahnpangenträger, Schlafwandeln usw.)		
Meine Tochter / mein Sohn hat eine Allergie gegen Tierhaare	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Meine Tochter / mein Sohn hat die für die Veranstaltung meiner Kenntnis nach notwendige Gesundheit	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein

Hausarzt
Meine Tochter / mein Sohn hat folgenden Hausarzt:
Name, Adresse, Telefonnummer



Landesmusikjugend NRW

Corona		
Meine Tochter / mein Sohn wurde mit dem Corona-Virus infiziert:	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Meine Tochter / mein Sohn hat Impfung(en) gegen das Corona-Virus erhalten:	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Falls eine der Fragen mit „Ja“ beantwortet wurden, bitte Datum der Infektion oder Impfung und weitere relevante Informationen angeben:		

Medikamente				
Meine Tochter / mein Sohn nimmt folgende Medikamente regelmäßig ein:				
Medikament	Morgens	Mittags	Abends	Nachts
Meine Tochter / mein Sohn nimmt folgende Medikamente nach Bedarf ein (Medikament mit Dosis):				
Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass mein Kind die oben genannten Medikamente während der Veranstaltung von einem Betreuer/einer Betreuerin verabreicht bekommt.	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein		

Einwilligung zu Behandlung/Operation		
Sollte ich während der Veranstaltung nicht erreichbar sein, erteile ich hiermit den verantwortlichen Betreuern die Erlaubnis, im Notfall einem Arzt Behandlungs- und Operationserlaubnis zu erteilen, wenn dieser es für erforderlich hält und es medizinisch notwendig ist.	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein

Zusätzlich nehme ich folgendes zur Kenntnis: Eine Veranstaltung wie dieses verlangt ein großes Maß an Rücksichtnahme, Verantwortung und Engagement aller Teilnehmer/innen. Ich akzeptiere, dass der Konsum von Alkohol und Zigaretten für Teilnehmer/innen unter 18 Jahren, sowie die Einnahmen von Drogen bei der Veranstaltung generell verboten ist. Das Betreuer-Team behält sich vor eine/n Teilnehmer/in, der/die in grober Art und Weise gegen diese Regeln eines gemeinsamen Miteinanders verstößt, ggf. auch vorzeitig nach Hause zu schicken. In diesem Fall werden die Erziehungsberechtigten unter der o.g. angegebenen Adresse rechtzeitig informiert und haben die gesamten Fahrtkosten für diese unplanmäßige Rückfahrt zu tragen. Sollte hierbei eine Begleitung durch einen Betreuer gewünscht werden, dann sind dessen Reisekosten (Hin- und Rückfahrt) selbstverständlich ebenfalls durch die Erziehungsberechtigten zu tragen.

Ort, Datum

Unterschrift des Teilnehmers / der Teilnehmerin

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r