



Gesundheitsfragebogen

Hallo liebe Kinder, liebe Eltern, liebe/-r Interessent/-in,

damit wir besser auf Ihr Kind/Sie und eventuelle Erkrankungen/Einschränkungen eingehen können, möchte ich Sie bitten, die unten aufgeführten Fragen auszufüllen.

Die Daten werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe.

Mit freundlichen Grüßen

-- SC Siemensstadt Berlin e.V. --
-- Sportliche Leitung --
-- Abt. Schwimmen -

Mein Kind/Ich heißt/heiße: _____

Geburtsdatum: _____

Folgende Erkrankungen/Einschränkungen sind bekannt:

- Probleme mit dem Innenohr? ja nein
- Probleme durch Atemwegserkrankungen (z.B. Asthma, etc.)? ja nein
Wenn ja, welches genaue Erscheinungsbild:

- Ist ein Inhalator vorhanden? ja nein
Wenn ja, muss dieser unter Umständen eingesetzt werden? ja nein
- Ist eine regelmäßige Medikamenteneinnahme erforderlich? ja nein
Wenn ja, welche und wann (Uhrzeit) müssen die Medikamente eingenommen werden?

- Sind Allergien bekannt? ja nein
Wenn ja, welche?

Müssen deshalb regelmäßig Medikamente eingenommen werden? ja nein
Wenn ja, welche und wann (Uhrzeit) müssen die Medikamente eingenommen werden?

- Traten/Treten in letzter Zeit häufiger Schwindelanfälle auf? ja nein
- Liegt eine Diabetiserkrankung vor? ja nein
Müssen deshalb regelmäßig Medikamente eingenommen werden? ja nein
Wenn ja, welche und wann (Uhrzeit) müssen die Medikamente eingenommen werden?

- Brillenträger? ja nein
Wenn ja, welche Sehstärke wurde festgestellt?

- Bei meinem Kind ist ein Anfallsleiden bekannt? ja nein
Müssen deshalb regelmäßig Medikamente eingenommen werden? ja nein
Wenn ja, welche und wann (Uhrzeit) müssen die Medikamente eingenommen werden?

Sind sonstige Erkrankungen/Einschränkungen oder ähnliches bekannt?

Hat Ihr Kind/Haben Sie sonstige Gewohnheiten, über die Sie uns informieren wollen?
