



# Jugendfeuerwehr Eimeldingen



Gesundheitsfragebogen von

\_\_\_\_\_

Name

Brillenträger  JA  NEIN

Ungewöhnliche Reaktionen auf Insektenstiche  JA  NEIN

Kreislaufbeschwerden  JA  NEIN

Herzbeschwerden  JA  NEIN

Atembeschwerden  JA  NEIN

Allergien  JA  NEIN

Wenn ja welche: \_\_\_\_\_

Nahrungsmittelunverträglichkeit  JA  NEIN

Sonstige Beschwerden  JA  NEIN

Wenn ja welche: \_\_\_\_\_

Regelmäßige Medikamente  JA  NEIN

Wenn ja welche: \_\_\_\_\_

Vegetarier  JA  NEIN

Isst folgendes nicht: \_\_\_\_\_

Krankenversichert bei: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift beider Erziehungsberechtigten