



DEUTSCHER FREIBALLONSPORT-VERBAND E.V.  
im Deutschen Aero Club e.V.



## Medizinische Informationen zum Ballonjugendlager

Liebe Eltern,

bitte füllen Sie diesen Medizinische Bogen sorgfältig und gewissenhaft aus und senden Sie ihn zusammen mit dem Anmeldeformular an die angegebene Kontaktperson des jeweiligen Jugendlagers. Dieser Bogen wird uns im Falle eines Notfalls sehr hilfreich sein und dem behandelnden Arzt wertvolle Informationen geben. Diese Daten und Informationen werden ausschließlich zum Wohl des Teilnehmers als interne Daten verwendet und 4 Wochen nach dem Ballon Jugendlager vernichtet.

Sollten vor dem Jugendlager noch gesundheitliche Änderungen auftauchen bitten wir Sie, diese umgehend dem Lagerverantwortlichen mitzuteilen.

Vielen Dank für Ihre Bemühungen.

### Patient oder Patientin

Name, Vorname: \_\_\_\_\_  
Anschrift: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Krankenkasse: \_\_\_\_\_  
Versicherte(r): \_\_\_\_\_  
Versichertennummer: \_\_\_\_\_

### Angehörige, die zu benachrichtigen sind

Name, Vorname: \_\_\_\_\_  
Anschrift: \_\_\_\_\_  
Telefon privat: \_\_\_\_\_ Fax privat: \_\_\_\_\_  
Telefon dienstlich: \_\_\_\_\_ Fax dienstlich: \_\_\_\_\_  
Handy: \_\_\_\_\_

### Hausarzt

Name, Vorname: \_\_\_\_\_  
Anschrift: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

### Krankheitsgeschichte

Blutgruppe: \_\_\_\_\_  
Krankheitsbild(er): \_\_\_\_\_  
Therapie: \_\_\_\_\_