

# Gesundheitsfragebogen

## Schwimmkurs Kinder

Name des Kindes: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_ Jahre

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

### Bitte kreuzen Sie die zutreffenden Aussagen an:

Hat Ihr Kind Probleme mit dem Innenohr? ☐ ja ☐ nein

Hat Ihr Kind in letzter Zeit häufiger über Schwindel geklagt? ☐ ja ☐ nein

Leidet Ihr Kind unter Atemwegserkrankungen (z.B. Asthma)? ☐ ja ☐ nein

Leidet Ihr Kind an anderen Erkrankungen? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, an welcher? \_\_\_\_\_

Leidet Ihr Kind an einer Allergie? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, an welcher? \_\_\_\_\_

Muss Ihr Kind regelmäßig Medikamente einnehmen? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Ist Ihr Kind Diabetiker/-in? ☐ ja ☐ nein

Leidet Ihr Kind an Krampfanfällen (z.B. Epilepsie)? ☐ ja ☐ nein

Trägt Ihr Kind eine Brille? ☐ ja ☐ nein

Benötigt Ihr Kind ein Notfallset/Notfallmedikamente? ☐ ja ☐ nein

Möchten Sie den Kursleiter über sonstige Gewohnheiten/Besonderheiten Ihres Kindes informieren?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wenn Sie **eine oder mehrere Fragen mit ja beantwortet haben** oder Zweifel bestehen, suchen Sie bitte einen Arzt auf, bevor Ihr Kind bei mir sportlich aktiv wird. Für den Einsatz des Fragebogens und die daraufhin aufgenommenen Aktivitäten wird keine Verantwortung übernommen.

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte/-r

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_