

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