



## Gesundheitsfragebogen

Jugendfeuerwehr Kindergruppe

\_\_\_\_\_  
Name der Jugendfeuerwehr/Kindergruppe

\_\_\_\_\_  
Straße Hausnummer (Jugendfeuerwehr/Kindergruppe)

\_\_\_\_\_  
PLZ Ort (Jugendfeuerwehr/Kindergruppe)

\_\_\_\_\_  
Vorname Nachname (Mitglied)

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Nationalität/Sprachen

Um für das o.g. Mitglied die Teilnahme sicherzustellen, müssen im Sinne der Inklusion von Menschen mit Behinderung folgende Vorkehrungen getroffen werden (Assistenzbedarf, barrierefreier Zugang etc.):

Das o.g. Mitglied nutzt folgendes Hilfsmittel:

eine Brille/Kontaktlinsen

ein Hörgerät

eine Gehhilfe

eine Zahnsperre

Mittel zur unterstützenden Kommunikation

\_\_\_\_\_

Das o.g. Mitglied nimmt folgende Medikamente ein:

bei Reiseübelkeit: \_\_\_\_\_

bei Diabetes I: \_\_\_\_\_

bei Diabetes II: \_\_\_\_\_

bei Herz-/Kreislauferkrankungen: \_\_\_\_\_

bei Asthma: \_\_\_\_\_

bei \_\_\_\_\_ (Erkrankung): \_\_\_\_\_

bei Allergien gegen folgende Nahrungsmittel \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_:

bei Allergien gegen Insektenstiche: \_\_\_\_\_

bei Allergien gegen \_\_\_\_\_:



Das oben genannte Mitglied nimmt die Medikamente selbstständig ein.

Das oben genannte Mitglied nimmt Medikamente nach ärztlicher Anordnung ein. Diese ist dem Gesundheitsfragebogen beigefügt.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des oben genannten Mitglieds

\_\_\_\_\_  
Unterschrift 1. Personensorgeberechtigte:r

\_\_\_\_\_  
Unterschrift 2. Personensorgeberechtigte:r