



## 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-/Kreislaufkrankungen: \_\_\_\_\_

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