

GESUNDHEITSKARTE FÜR ÄTHIOPIENREISE

22. Dezember 2019 – 12. Januar 2020

Teilnehmer

Name: _____ Vorname: _____
Strasse: _____
PLZ, Ort: _____ Telefon: _____
Geb. Datum: _____ Mail: _____

Notfall-Kontaktperson

Name: _____ Vorname: _____
Adresse: _____
Telefon: _____ Natel: _____
Mail: _____

Hausarzt

Name: _____ Telefon: _____
Adresse: _____

Gesundheitszustand

Krankheit: _____
Letzter Spitalaufenthalt: _____
Behandlung abgeschlossen? Ja Nein
Medikamente (Name und Dosierung): _____
(ev. Rückseite gebrauchen)

Allergien

- Heuschnupfen
- Bienen-/ Wespenstich
- Asthma bei/ nach
- Lebensmittel
- Medikamente
- Anderes

Medikamente/ Bemerkungen

Krankenkasse

Krankenkasse: _____ Vers.-Nr.: _____
Bemerkungen _____

Versicherung ist Sache der Teilnehmenden. Alle wichtigen Angaben zum Gesundheitszustand sind auf der Karte vermerkt.

- Bitte Kopie des Impfausweises und des Internationalen Impfausweises beilegen
- Kopie Allergiepass (falls vorhanden)

Datum:

Ort:

Unterschrift