



DK-Wellness GmbH

# Gesundheitsfragebogen

Name

Vorname

Adresse

PLZ/Ort

Natel / Telefon

Geburtsdatum

Ich kann schwimmen  Ja  Nein

Blutgruppe

Krankenversicherung

- Nummer

**Notfallkontakt Name**

- Nummer

- **Notfallpass auf Natel hinterlegt**  Ja (Home / Notfall \*Notfallpass)  Nein

Ich habe folgende Unverträglichkeit:

Penicillin  Novalgin  Latex  Andere:

Ich nehme regelmässig folgende Medikamente ein:


Ich leide unter folgender Einschränkung, Krankheit, Diagnose, etc.:


Ich trage:

Gebiss  Linsen  Herzschrittmacher  Anderes:

Die Versicherung ist Sache der Teilnehmer!

- Ich trainiere auf meine eigene Verantwortung
- Ich hafte für Schäden persönlicher und/oder materieller Herkunft
- Ich habe die allgemeinen Geschäftsbedingungen gelesen, verstanden und akzeptiert.

Datum: .....

Unterschrift:.....