Gesundheitsinformationen

des Theatervereins Theater Für euch e.V. – Theater für Generationen

---

Bitte füllen Sie dieses Formular sorgfältig aus, damit wir im Notfall schnell und angemessen reagieren können.

Persönliche Angaben

• Name: _____

• Geburtsdatum: _____

• Telefonnummer: _____

• E-Mail-Adresse: _____

Medizinische Angaben

• Allergien (z. B. Medikamente, Lebensmittel, Umwelt):

_____

_____

_____

_____

• Chronische Erkrankungen (z. B. Asthma, Diabetes, Epilepsie):

_____

_____

_____

_____

• Regelmäßig einzunehmende Medikamente *(Medikamente, die täglich oder dauerhaft eingenommen werden müssen)*:

_____

_____

_____

_____

Notfallmedikamente & Hilfsmittel – verbindliche Angaben

(Nur ausfüllen, wenn im Notfall Medikamente oder bestimmte Hilfsmittel durch den Verein bzw. durch von ihm benannte und eingewiesene Personen angewendet oder bereitgestellt werden dürfen. Die Angaben müssen vollständig, wahrheitsgemäß und stets aktuell sein. Änderungen sind dem Verein unverzüglich mitzuteilen und erfordern eine neue, handschriftlich unterschriebene Version dieses Formulars.)

• Notfallmedikamente (z. B. Asthmaspray, Notfallpen, Notfallmedikation bei Krampfanfällen):

_____

_____

_____

• Erforderliche Hilfsmittel im Notfall (z. B. Absauggerät, Inhalationsgerät, spezielle medizinische Geräte):

_____

_____

_____

• Aufbewahrungsort der Notfallmedikamente / Hilfsmittel:

_____

_____

• Schriftliche Anleitung liegt vor *(Bitte beachten: Die schriftliche Anleitung muss als separates Zusatzblatt beigefügt werden.)*:

☐ Ja ☐ Nein

• Datum der aktuellen schriftlichen Anleitung:

_____

• Datum des aktuellen Medikamentenplans:

_____

• Besondere Hinweise zur medizinischen Versorgung *(z. B. bekannte Auslöser, typische Reaktionen, wichtige Beobachtungen, wichtiges für die Medikamentengabe):*

_____

_____

_____

_____

Notfallkontakte

1. Name:

   _____

   Beziehung zur Person:

   _____

   Telefonnummer:

   _____

2. Name:

   _____

   Beziehung zur Person:

   _____

   Telefonnummer:

   _____

3. Name:

   _____

   Beziehung zur Person:

   _____

   Telefonnummer:

   _____

Unterschrift

Name der unterschreibenden Person *(bei Selbstunterschrift bitte erneut den eigenen Namen eintragen)*:

Ich unterschreibe für *(Name des Mitglieds / der betroffenen Person – bei Selbstunterschrift bitte durchstreichen oder freilassen)*:

Rolle der unterschreibenden Person *(Bitte Zutreffendes ankreuzen)*:

☐ **Ich bin volljährig und unterschreibe für mich selbst.**
☐ **Ich bin sorgeberechtigter einer minderjährigen Person.**
☐ **Ich bin Betreuungsperson und unterschreibe stellvertretend.**

Ort, Datum:

Unterschrift (handschriftlich erforderlich, auch bei E-Mail):

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass alle Angaben vollständig und wahrheitsgemäß gemacht wurden.