

Dëse Formulaire soll ee beim Responsabele vun der Aktivitéit ofginn. All d'Donnéë gi vertraulech behandelt an den Ziedel gëtt spéitstens no engem Joer zerstéiert.

- W.e.g. eng rezent Kopie vun der Impfkaart bäileeën.
- W.e.g. eng béidsäiteg Kopie vun der Krankekeesskaart bäileeën.

Virnumm	Numm	Grupp
Adress (Nr, Strooss)		Postleitzuel / Uertschaft
	CNS / aner:	
Matricule	Krankekees	

Datum vun der leschter Impfung géint de Starrkrampf: <i>(All 10 Joer soll e Rappel vum Tetanus gemaach ginn)</i>	
Krankheeten, Operatiounen, Behënnerungen:	
Allergien (Iessen, Planzen, Déieren, Medikamenter) an eventuell Behandlung dogéint:	
Spezielle Regime, deen eventuell muss agehale ginn:	

Medikamenter déi reegelméisseg (z.B. all Dag) musse geholl ginn:

Wie soll am Noutfall kontaktéiert ginn?			
1. Numm a Virnumm		Tel.	
Bezéiung zur dëser Persoun:			
2. Numm a Virnumm		Tel.	
Bezéiung zur dëser Persoun:			
Hausdokter			
Numm a Virnumm		Tel.	

Bemierkungen:

Décharge:

L - Am Fall wou mäin Gesondheitszoustand géing eng dréngend Decisioun erfuerderen, an ouni kënnen dës Entscheedung selwer ze huelen, iwwerloossen ech dem behandelnden Dokter d'Initiativ fir d'Wiel vun all Analyse, medezinescher Behandlung oder chirurg-escher Interventioun déi hie fir néideg fënnt.

F - Au cas où mon état de santé réclamait une décision urgente, et à défaut de pouvoir moi-même prendre cette décision, je laisse l'initiative au médecin traitant pour le choix de tout examen, traitement médical ou intervention chirurgicale qu'il jugera nécessaire.

Datum

Numm a Virnumm

Ënnerschrëft