

# Notfallblatt

Bitte vollständig ausfüllen und beim Check-In vor Ort abgeben!

Camp/Reiseziel: \_\_\_\_\_

Reisetermin vom: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_ **Buchungsnummer BN** \_\_\_\_\_

## Daten der Reiseteilnehmer/ der Familienmitglieder:

**Name:** \_\_\_\_\_ **Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

Allergien/Krankheiten: \_\_\_\_\_

Musst du regelmäßig Medikamente einnehmen? Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Schwimmer:  nein  ja | Letzte Tetanus-Impfung am: \_\_\_\_\_

**Name:** \_\_\_\_\_ **Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

Allergien/Krankheiten: \_\_\_\_\_

Musst du regelmäßig Medikamente einnehmen? Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Schwimmer:  nein  ja | Letzte Tetanus-Impfung am: \_\_\_\_\_

**Name:** \_\_\_\_\_ **Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

Allergien/Krankheiten: \_\_\_\_\_

Musst du regelmäßig Medikamente einnehmen? Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Schwimmer:  nein  ja | Letzte Tetanus-Impfung am: \_\_\_\_\_

**Name:** \_\_\_\_\_ **Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

Allergien/Krankheiten: \_\_\_\_\_

Musst du regelmäßig Medikamente einnehmen? Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Schwimmer:  nein  ja | Letzte Tetanus-Impfung am: \_\_\_\_\_

**Krankenversicherung:**  privat  gesetzlich | Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Name Versicherungsnehmer: \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_ Unfallversichert:  nein  ja

Auslandskrankenversicherung:  nein  ja, bei: \_\_\_\_\_

Bergungskostendeckung inkludiert:  nein  ja

**Hausarzt Name:** \_\_\_\_\_ **Telefon:** \_\_\_\_\_

## Notfallkontakt (Eltern, Verwandten... etc., die während deines Campaufenthalts erreichbar sind)!

**Name:** \_\_\_\_\_ **Telefon:** \_\_\_\_\_

**Email:** \_\_\_\_\_