

GESUNDHEITSBLATT

BITTE IN BLOCKBUCHSTABEN

Nachname _____	Vorname _____	Blutgruppe _____
Adresse _____	SV-Nr. + Geb-Datum _____	Krankenkasse _____
<u>Mitversichert bei:</u>		
Nachname _____	Vorname _____	SV-Nr. + Geb-Datum _____
Adresse AG _____	Arbeitgeber _____	Krankenkasse _____

Schutzimpfungen: (bitte Datum der letzten Impfung angeben)

6fach (Diphth., Wundst., Keuchh., Haemo. Infl.-b, Kinderl., Hep B) _____	Hepatitis A / B / AB _____	Masern, Mumps, Röteln _____
FSME _____	Rotaviren _____	Pneumokokken _____

Bereits überstandene Infektionskrankheiten:

- Masern Diphtherie Kinderlähmung Mumps Feuchtblattern = Windpocken
 Röteln Gelbsucht Keuchhusten Scharlach andere _____

Durchgeführte Operationen, Verletzungen, Knochenbrüche

- Mandeln Leisten/Nabelbruch andere: _____

Bestehende Erkrankungen:

- Epilepsie Asthma bronchiale Diabetes Allergie auf: _____

Ich habe mit meinem Kind über ihre/seine Schwimmfertigkeiten gesprochen und habe entschieden, sie/er ist ein:e

- gute:r Schwimmer:in (darf in tiefes Wasser) Schwimmer:in (darf in nicht zu tiefes Wasser)

- Nichtschwimmer:in (darf in seichtem Wasser baden)

Bitte Schwimmflügel einpacken!

Besondere Bedürfnisse:

- Vegetarier:in sportliche Schonung: _____ psychische Schwierigkeiten: _____
 Meine Tochter / Mein Sohn braucht Medikamente. Ich habe alle notwendigen Medikamente auf der Rückseite aufgelistet und die Einnahme detailliert beschrieben. Bei der Abfahrt gebe ich ALLE Medikamente in einem verschließbaren Beutel bei den Pfadfinderleiter:innen ab!

- [optional] Ich stimme zu, dass mein Kind bei einer unerwartet notwendigen Operation eine Narkose und/oder Bluttransfusion erhält.

Kontakt: Ich bzw. folgende Angehörige sind während der Lagerdauer jederzeit erreichbar. Die angegebenen Personen sind berechtigt allenfalls notwendige Entscheidungen oder Maßnahmen zu treffen.

Name: _____

Telefonnummer: _____

Adresse: _____

- Ich nehme zur Kenntnis, dass meine Tochter / mein Sohn bei groben Verstößen gegen die Lagerordnung das Lager frühzeitig verlassen muss. Die oben angegebenen Personen übernehmen in diesem Fall die Verantwortung für meine Tochter / meinen Sohn.

- [optional] Ich bin damit einverstanden, dass Fotos meiner Tochter / meines Sohnes für die Webauftritte der Pfadfindergruppe 36 (Website, Instagram) verwendet werden dürfen. Dieses Einverständnis kann ich jederzeit widerrufen werden (auch für einzelne Fotos).

- Ich erkläre, dass ich dieses Gesundheitsblatt gewissenhaft ausgefüllt habe. Ich nehme zur Kenntnis, dass die Haftung seitens der Pfadfinderleiter:innen für Folgen für meine Tochter / meinen Sohn oder für andere Personen, aufgrund fehlender oder inkorrektur Angaben, ausgeschlossen ist.

Alle angeführten Daten werden entsprechend der DSGVO vertraulich behandelt und entsprechend der gesetzlich vorgeschriebenen Frist nach dem Lager gelöscht bzw. vernichtet.

MEDIKAMENTE

Medikament	Warum?	Wie viel?		
		(Früh, Mittag, Abend)		

Anmerkungen:

Ort, Datum

Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten