

GESUNDHEITSBLATT

für Gruppenstunden und Pfadfinderlager



Daten des Gruppenmitgliedes:

Nachname:Vorname:SV Nummer: _ _ _ _ _

Krankenkasse:Adresse:

INFORMATIONEN HAUPTVERSICHERTER:

Nachname: Vorname:Sozialversicherungsnummer: _ _ _ _ _

Verhältnis zu Gruppenmitglied: Mutter Vater Erziehungsberechtigter

Beschäftigt bei: PLZ: _ _ _ _

Daten des Erziehungsberechtigten, wenn dieser NICHT der Hauptversicherte ist:

Nachname: Vorname: Tel. Nr.:

IMPFUNGEN:

Mein Kind hat folgende Impfungen erhalten:

Impfungen entsprechend des, für mein Kind gültigen, Impfplanes

TETANUS zuletzt am _ _ _ _ _ FSME zuletzt am _ _ _ _ _

Bei Kindern, die keinen aufrechten FSME-Impfstatus haben, wird im Falle eines Zeckenbisses während der Lagerzeit von der Lagerleitung nur bei Infektionsverdacht ärztlicher Rat eingeholt und mit den Erziehungsberechtigten Kontakt aufgenommen.

GESUNDHEITZUSTAND:

Allergien: NEIN JA Welche:

Ansteckende Krankheiten im letzten Jahr: NEIN JA Welche:

Verletzungen/ Operationen/ ect. im letzten Jahr: NEIN JA Welche:

(chronische) Hautkrankheiten: NEIN JA Welche:

Sonstige Erkrankungen: NEIN JA Welche:

SPEZIALINFORMATION ÜBER MEIN KIND:

Mein Kind darf im Notfall mit einem Pfadfinderführer im Auto mitfahren: NEIN JA

Vegetarier Veganer Nahrungsmittelunverträglichkeiten.....

Angst im Dunkeln Angst bei/ vor: Kontaktlinsen

Bettnässer/in Erinnerung an WC notwendig Sonnenempfindlich Wetterfällig

Schonung bei: Darf im Stockbett oben schlafen: NEIN JA

SCHWIMMEN:

guter Schwimmer /selbständiges Schwimmen ohne Aufsicht

Schwimmer /selbständiges Schwimmen mit Aufsicht

schlechter Schwimmer / darf nur mit Schwimmhilfe ins Wasser, Art der Schwimmhilfe:.....

Nichtschwimmer /darf in Begleitung in seichtes Wasser

Nichtschwimmer /darf nicht ins Wasser

MEDIKAMENTE:

Mein Kind nimmt Medikamente ein, die am Pfadfinderlager verabreicht werden müssen: NEIN JA

Welche:

O Diese übergebe ich am Abreisetag dem/der zuständigen Pfadfinderführer/in, eine genaue Dosierung liegt bei.

O Mein Kind verwahrt und nimmt die Medikamente selbst ein. Genauere Informationen sowie Dosierung liegen bei.

Mein Kind darf Medikamente aus unserer Lagerapotheke lt. Medikamentenblatt bekommen: NEIN JA

NOTFALLNUMMER:

Bei Notfällen während des Lagers bin ich (Erziehungsberechtigte/r) unter folgender Adresse und Tel. Nr. erreichbar:

.....

Weiter entscheidungsberechtigte Vertrauenspersonen sind unter folgender Adresse und Tel. Nr. erreichbar:

1. Wahl:

Name und Verhältnis zum Gruppenmitglied:

2. Wahl:

Name und Verhältnis zum Gruppenmitglied:

Kontakt aufgenommen

mit	am	Thema	Entscheidung	Pfadfinderführer/in

Falls im Notfall niemand von den oben angeführten Personen erreichbar ist, darf der/ die Lagerleiter/ in gemeinsam mit dem behandelnden Arzt über die notwendigen medizinischen Maßnahmen entscheiden.

*Ich übergebe das **Gesundheitsblatt** beim Eintritt meines Kindes in die Gruppe und das **Medikamentenblatt** spätestens 14 Tage vor dem Abreisetag und die **e-card** am Abreisetag dem/ der zuständigen Pfadfinderführer/ in.*

Ich erkläre, dass ich das Gesundheits- und Medikamentenblatt nach bestem Wissen und Gewissen ausgefüllt habe. Ich nehme zur Kenntnis, dass die Haftung seitens der Lagerleitung, bezüglich irgendwelcher Folgen für mein Kind oder für andere Personen, aufgrund fehlender oder inkorrektur Angaben, ausgeschlossen ist. Ich bin auch selbst verantwortlich Änderungen, die sich in Laufe der Jahre ergeben, dem zuständigen Pfadfinderführer/in bekanntzugeben.

Die hier angeführten Daten werden vertraulich behandelt!

Mit meiner Unterschrift nehme ich auch das „Informationsblatt für Pfadfinderlager“ und die „Verhaltensregeln für Pfadfinderlager“ (ersichtlich auf der HP www.pfadi31stadlau.at) der Pfadfindergruppe 31 Stadlau zur Kenntnis und bin damit einverstanden.

Datum

Unterschrift der Erziehungsberechtigten

Name in Druckschrift

Angaben noch richtig und werden bestätigt: (für zukünftige Pfadfinderlager)

Datum	Unterschrift	Datum	Unterschrift