



GESUNDHEITSBLATT

Vor- und Zuname:.....

Geburtsdatum:.....

Krankenkassa:..... Vers.Nr.:.....

Versicherte(r):.....

Stufe: Wichtel/Wölflinge Guides/Späher Caravelle/Explorer Ranger/Rover

(bitte zutreffendes ankreuzen)

Gesundheit

Mein(e) Sohn/ Tochter

besitzt Schutzimpfungen für:

- Tetanus letzte Impfung am:
- Zecken letzte Impfung am:
- Kinderlähmung letzte Impfung am:
- Sonstiges:

hat folgende Blutgruppe:.....

darf rezeptfreie Medikamente aus unserer Erste- Hilfe Ausrüstung von geschulten Pfadfinderleiter/innen erhalten: (bitte ankreuzen, welches Medikament verabreicht werden darf)

- Jot-Desinfektionslösung (Zum desinfizieren von kleinen, offenen Wunden)
- Bepanthen Wundsalbe/ Wundspray (leichten Verbrennungen, Schnittwunden etc.)
- Fenestil/ Insectium (gegen Juckreiz bei Gelsenstichen oder Sonnenbrand)
- Hustensaft
- Voltaren Emulgel (bei Zerrungen, Verstauchungen oder diversen Muskelschmerzen)
- Bradosol Lustschtabletten (gegen Halsschmerzen, Heiserkeit)
- Aspirin C (Kopfschmerzen bzw. sonstige Unbehaglichkeit)

hat eigene Medikamente mit, die er/sie selber einnehmen darf

Welche:

hat eigene Medikamente mit und soll diese in folgendem Umfang durch den/die dafür zuständigen Stufenleiter/in erhalten:

Bezeichnung	Wegen/Für	Wie oft?	Wie viel?
.....
.....



ist allergisch gegen:

.....

hat **keine** ansteckenden Krankheiten

hat in den letzten 2 Jahren Knochenbrüche bzw. schwere Verletzungen gehabt:

Was? Wann? Welcher Körperteil?

.....

.....

.....

ist bereits Blinddarm operiert

Sonstige Operationen (Mandeln, etc.):

hat allfällige Besonderheiten, chronische Leiden oder psychische Probleme:

- Bettnässer
- Brillen/ Kontaktlinsen
- Schlafwandel
- Sonnenempfindlichkeit
- Herpes

Sonstiges:

Besonderheiten bei der Ernährung:

- spezielle Diät
- Vegetarier/in
- spezielle Produktunverträglichkeit bzw. Allergie (z.B. Milchprodukte, Getreideprodukte, etc.):

Welche:

Schwimmen

Mein(e) Sohn/Tochter ist

- Nichtschwimmer/in
- Nichtschwimmer/in, darf aber im seichten Wasser baden
- ein/e gute/r Schwimmer/in
- Schwimmer/in, darf aber nicht allzu tief ins Wasser

Ausflüge

Mein(e) Sohn/Tochter

- Hat Platzangst ja nein
- Ist schwindelfrei ja nein



Kontakt

Während des Lagers bin ich unter folgender Adresse erreichbar:

Vor- und Zuname:.....

Adresse:.....

Telefon:.....

Bin ich nicht erreichbar ist folgende Person von mir berechtigt, notwendige Entscheidungen zu treffen (Notfalladresse):

Vor- und Zuname:.....

Adresse:.....

Telefon:.....

Verhältnis zum Kind (z.B. Tante).....

Transport

Meinem Sohn/ meiner Tochter

Wird beim Autobus fahren leicht schlecht: ja nein

Sie/Er darf bei Bedarf in privaten PKW's bei Pfadfinderleiter/innen auf kurzen Zwischentransporten am Lager bzw. evt. Spitalfahrten mitfahren:

ja nein

Mein(e) Sohn/Tochter wird früher vom Lagerplatz abgeholt bzw. später gebracht:

Ja Datum?..... Wer holt/bringt das Kind?
 Nein

Sonstige wichtige Hinweise:

.....

Ich erkläre, dass ich dieses Gesundheitsblatt nach bestem Wissen ausgefüllt habe. Ich nehme zur Kenntnis, dass die Haftung seitens der Lagerleitung, bezüglich jedweder Folgen für mein Kind oder andere Personen aufgrund fehlender oder unkorrekter Angaben ausgeschlossen ist. Die o.a. Daten werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Datum:.....

.....
 Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten