



GESUNDHEITSBOGEN

Nachname:	Vorname:
Geburtsdatum:	Geburtsort:
Sozialversicherungsnummer:	Krankenkasse:
Versicherte(r) - Geb.Datum und SV-Nummer:	
Adresse (Hauptwohnsitz des Kindes):	

Kontaktdaten der Erziehungsberechtigten:

Mutter Vater andere:r Erziehungsberechtigte:r:

Name:

Telefonnummer:

Mutter Vater andere:r Erziehungsberechtigte:r:

Name:

Telefonnummer:

Impfungen:

Bei Teilnahme am Sommerlager bitte eine KOPIE DES IMPFPASSES beilegen
 Mein Kind hat folgende Impfungen erhalten:

<input type="checkbox"/> 6-fach (inkl. Tetanus) Jahr:	<input type="checkbox"/> Mumps Masern Röteln (2x) Jahr: +
<input type="checkbox"/> Zecken / FSME Jahr:	<input type="checkbox"/> Hepatitis A/B Jahr:
<input type="checkbox"/> Meningokokken Jahr:	<input type="checkbox"/> Sars-CoV-2: Jahr:
<input type="checkbox"/> Feuchtblattern: <input type="checkbox"/> Impfung (2x) <input type="checkbox"/> als Kind gehabt <input type="checkbox"/> nicht gehabt	



Wenn **KEINE Impfungen** erfolgt sind, bzw. FSME / Tetanus ausständig sind, bitte folgenden Absatz beachten:

Ich bin über die Risiken einer Unterlassung von Vorsorgemaßnahme, insbesondere einer Schutzimpfung (FSME, Tetanus) informiert. Die Pfadfinderleiter:innen übernehmen keine Haftung für eventuelle Schäden, die aus einer solchen Unterlassung entstehen können.

Medikamente

Mein Kind darf rezeptfreie Medikamente (Erste Hilfe) aus unserer Erste-Hilfe-Ausrüstung von geschulten Pfadfinderleiter:innen erhalten:

Ja Nein

Mein Kind nimmt ärztlich verschriebene Medikamente gegen folgende Erkrankungen und muss sie folgendermaßen einnehmen:

Gesundheit

Bitte Zutreffendes ankreuzen und beschreiben.

Hat mein Kind **ALLERGIEN** (Tiere, Gräser, Pollen, Medikamente, ...) und/oder Nahrungsmittelunverträglichkeiten?

Hatte mein Kind in letzter Zeit schwere Knochenbrüche oder Verletzungen oder eine Operation? Wenn ja, was ist zu berücksichtigen?

Hat mein Kind medizinisch bekannte **chronische Erkrankungen** (Asthma, angeborene Herzerkrankungen, Diabetes mellitus, Verhaltensauffälligkeiten, ...)?

Wenn ja, weiß mein Kind, wie es damit umgehen soll? Was ist in einem Notfall zu tun?

Sonstiges: Braucht mein Kind eine spezielle Diät? Muss sich mein Kind bei sportlichen Aktivitäten schonen?



Lager

Diese Person ist während der Lagerdauer im Notfall zu erreichen und ist von mir berechtigt, allenfalls notwendige Entscheidungen zu treffen, falls die Erziehungsberechtigten nicht erreichbar sind.

Name:

Telefonnummer:

Mein Kind:

Ist schwindelfrei Ja Nein

Hat Platzangst Ja Nein

Wird beim Autofahren leicht schlecht Ja Nein

Mein Kind ist:

Schwimmer

Nicht Schwimmer

mit Schwimmflügel

Mein Kind darf bei Bedarf im privaten PKW auf kurzen Zwischentransporten mitfahren.

Ja

Nein

Datenschutz

Ich bin damit einverstanden, dass Fotos meines Kindes nach dem Lager allen teilnehmenden Familien zur Verfügung gestellt wird (in Form von einer DVD oder geschützter Cloud):

Ja

Nein

Ich bestätige, dass meine oben angeführten Angaben richtig und vollständig sind. Ich nehme zur Kenntnis, dass die Haftung seitens der Lagerleitung, bzw. der Heimabendleitung, bezüglich jedweder Folgen für mein Kind oder für andere Personen aufgrund fehlender oder unkorrekter Angaben ausgeschlossen ist. Die o. a. Daten werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Ort und Datum

Unterschrift der:s Erziehungsberechtigten