



GESUNDHEITSBOGEN

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

Stufe ☐ Biber ☐ WiWö ☐ GuSp ☐ CaEx ☐ RaRo ☐ LeiterIn (+Stufe ankreuzen)

Körpergewicht: **kg**

Kontaktdaten der Erziehungsberechtigten

☐ Mutter ☐ Vater ☐ andere/r Erziehungsberechtigte/r:

Name:

Telefonnummer:

☐ Mutter ☐ Vater ☐ andere/r Erziehungsberechtigte/r:

Name:

Telefonnummer:



Impfungen

Bitte eine KOPIE DES IMPFPASSES beilegen

Mein Kind hat folgende Impfungen erhalten:

☐ **Tetanus**, zuletzt im Jahr

(Anmerkung Tetanus ist im 3- oder 4-fach, bzw für WiWö im 6-fach Impfstoff enthalten)

☐ **FSME**, zuletzt im Jahr

☐ **Mumps/Masern/Röteln (MMR)**: ☐ nicht geimpft ☐ 1x geimpft ☐ 2x geimpft

☐ **Varicellen (Feuchtblattern)**: ☐ Krankheit durchgemacht ☐ 1x geimpft ☐ 2x geimpft

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 PfadfinderleiterInnen übernehmen keine Haftung für eventuelle Schäden, die aus einer solchen Unterlassung entstehen können, sowie keine Haftung für eine Immunisierung bei einem Krankenhausbesuch. Aufgrund der Zunahme der Masernfälle im Jahr 2024 werden Lagerteilnehmende, die keinen aufrechten Masernschutz aufweisen, bei einem Maserverdachtsfall auf eigene Kosten vom Lager nach Hause gesendet.

Medikamente

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

☐ Ja ☐ Nein

Mein Kind nimmt ärztlich verschriebene Medikamente gegen folgende Erkrankungen und muss sie folgendermaßen einnehmen (Name, Dosis, Uhrzeit, ggfs Lagerungshinweis)



Ist mein Kind mit der Handhabung der Medikamente vertraut? ☐ Ja ☐
Nein

Ist eine Kontrolle der Medikamente erforderlich? ☐ Ja ☐
Nein

Gesundheit

Bitte Zutreffendes ankreuzen und beschreiben.

☐ Hat Ihr Kind **ALLERGIEN, wenn ja wogegen?**

und was ist in einem Notfall zu tun?

☐ Hat Ihr Kind medizinisch bekannte **chronische Erkrankungen, wenn ja welche?**
(Asthma, angeborene Herzerkrankungen, Diabetes mellitus,
Verhaltenauffälligkeiten, ...)?

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

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

☐ Braucht Ihr Kind eine **spezielle Diät und/oder Nahrungsmittelunverträglichkeiten?**



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 Sohn/Meine Tochter:

Ist schwindelfrei

☐ Ja ☐ Nein

Hat Platzangst

☐ Ja ☐ Nein

Wird beim Autofahren leicht schlecht

☐ Ja ☐ Nein

Mein Sohn/Meine Tochter ist:

☐ Schwimmer

☐ Nicht Schwimmer

☐ mit Schwimmflügel

Mein Sohn/Meine Tochter darf bei Bedarf im privaten PKW (mit erfahrenen Lenker:innen) auf kurzen Zwischentransporten mitfahren.

☐ 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 Stufenleitung, 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
Erziehungsberechtigten

Unterschrift der/des