

IN BLOCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN

Nachname	Vorname	Sparte	Gruppe
Adresse	SV Nr + Geb.Datum	Krankenkasse	Blutgruppe

Mitversichert bei:

Nachname	Vorname		
Adresse	SV Nr + Geb.Datum	Krankenkasse	
Arbeitgeber			

Schutzimpfungen:

Tetanus	wann: _____	Kinderlähmung	wann: _____
FSME	wann: _____	Typhus	wann: _____
Diphtherie	wann: _____	Hepatitis	wann: _____
andere Impfungen:	_____		wann: _____

Infektionskrankheiten:

Masern	Diphtherie	Kinderlähmung	Mumps	Scharlach	Feuchtblattern
Röteln	Gelbsucht	Keuchhusten	andere Krankheiten: _____		

Vor kurzem durchgeführte Operationen:

Blinddarm	Leisten/Nabelbruch	Mandeln
andere Operationen: _____		

Besteht:

Epilepsie	Asthma bronchiale	Diabetes mellitus
Allergische Reaktion auf: _____		

Knochenbrüche bzw. schwere Verletzungen in letzter Zeit? _____

Allfällige Besonderheiten, chronische Leiden, psychische Probleme?: _____

Mein Kind ist:

guter Schwimmer	(darf in tiefes Wasser)	Schwimmer	(darf nicht in zu tiefes Wasser)
Nichtschwimmer	(darf in seichtem Wasser baden)	Nichtschwimmer	(darf nicht ins Wasser)

Mein Sohn/Meine Tochter:

Darf bei Bedarf in privaten PKWs bei FührerInnen auf kurzen Zwischentransporten mitfahren!
 Hat bei sportlichen Aktivitäten folgende Schonung nötig: _____
 Darf rezeptfreie Medikamente von geschulten PfadfinderführerInnen erhalten
 ausgenommen: _____

Hat eigene Medikamente mit (bitte bei Führer abgeben) und soll diese in folgendem Umfang erhalten:

<i>Bezeichnung</i>	<i>bei/wegen/für</i>	<i>wie oft?</i>	<i>Wie viel?</i>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Ich stimme zu, daß mein Kind bei einer unerwarteten, notwendigen Operation eine Narkose und/oder Bluttransfusion erhält.

Kontakt: Ich bzw. folgende Angehörige sind während der Lagerdauer jederzeit erreichbar und sind von mir berechtigt, allenfalls notwendige Maßnahmen bzw. Entscheidungen zu treffen:

Name: _____

Adresse: _____

Telefonnummern: _____

Bei groben Verstößen gegen die Lagerordnung, kann mein Kind frühzeitig nach Hause geschickt werden!
 Ich erkläre, daß ich dieses Gesundheitsblatt nach bestem Wissen und Gewissen ausgefüllt habe. Ich nehme zur Kenntnis, daß die Haftung seitens der Führung, bezüglich irgendwelcher Folgen für mein Kind oder für andere Personen, aufgrund fehlender oder unkorrekter Angaben, ausgeschlossen ist. Die hier angeführten Daten werden vertraulich behandelt!

Datum

Unterschrift des Erziehungsberechtigten

Zutreffendes bitte ankreuzen!

Zutreffendes bitte ankreuzen!