

GESUNDHEITSBLATT

BITTE IN BLOCKBUCHSTABEN

Nachname _____	Vorname _____	Blutgruppe _____
Adresse _____	SV-Nr. + Geb-Datum _____	Krankenkasse _____
<u>Mitversichert bei:</u>		
Nachname _____	Vorname _____	SV-Nr. + Geb-Datum _____
Adresse AG _____	Arbeitgeber _____	Krankenkasse _____

Schutzimpfungen:

(bitte Datum der letzten Impfung angeben)

6fach (Diphth., Wundst., Keuchh., Haemo. Infl.-b, Kinderl., Hep B) _____	Hepatitis A / B / AB _____	Masern, Mumps, Röteln _____
FSME _____	Rotaviren _____	Pneumokokken _____

Bereits überstandene Infektionskrankheiten:

- | | | | | |
|---------------------------------|-------------------------------------|--|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Masern | <input type="checkbox"/> Diphtherie | <input type="checkbox"/> Kinderlähmung | <input type="checkbox"/> Mumps | <input type="checkbox"/> Feuchtblattern = Windpocken |
| <input type="checkbox"/> Röteln | <input type="checkbox"/> Gelbsucht | <input type="checkbox"/> Keuchhusten | <input type="checkbox"/> Scharlach | <input type="checkbox"/> andere _____ |

Durchgeführte Operationen, Verletzungen, Knochenbrüche

- Mandeln Leisten/Nabelbruch andere _____

Bestehende Erkrankungen:

- Epilepsie Asthma bronchiale Diabetes Allergie auf _____

Ich habe mit meinem Kind über ihr/ sein Schwimmkönnen gesprochen und habe entschieden, sie/ er ist ein

- guter Schwimmer (darf in tiefes Wasser) Schwimmer (darf in nicht zu tiefes Wasser)
 Nichtschwimmer (darf in seichtem Wasser baden) Bitte Schwimmflügel einpacken!

Besondere Bedürfnisse:

- Vegetarier sportliche Schonung _____ psychische Schwierigkeiten _____
 Meine Tochter / Mein Sohn hat Medikamente mit (bitte bei PfadfinderführerInnen abgeben) und soll diese laut Rückseite erhalten.

Meine Tochter / Mein Sohn darf bei Bedarf in privaten PKW bei PfadfinderführerInnen auf kurzen Transporten mitfahren.

Ich stimme zu, dass meine Tochter / mein Sohn bei einer unerwartet notwendigen Operation eine Narkose und/oder Bluttransfusion erhält.
 Kontakt: Ich bzw. folgende Angehörige sind während der Lagerdauer jederzeit erreichbar. Die angegebenen Personen sind berechtigt
 allenfalls notwendige Entscheidungen oder Maßnahmen zu treffen.

Name: _____

Telefonnummer: _____

Adresse: _____

Ich nehme zur Kenntnis, dass meine Tochter / mein Sohn bei groben Verstößen gegen die Lagerordnung das Lager frühzeitig verlassen muss. Die oben angegebenen Personen übernehmen in diesem Fall die Verantwortung für meine Tochter / meinen Sohn.

Ich erkläre, dass ich dieses Gesundheitsblatt gewissenhaft ausgefüllt habe. Ich nehme zur Kenntnis, dass die Haftung seitens der Führung, bezüglich irgendwelcher Folgen für meine Tochter / meinen Sohn oder für andere Personen, aufgrund fehlender oder unkorrekter Angaben, ausgeschlossen ist. Die hier angeführten Daten werden vertraulich behandelt!

 Ort, Datum

 Unterschrift des Erziehungsberechtigten