

GESUNDHEITSBLATT für !!

Ihre Angaben auf diesem Notfallblatt sollen uns helfen, eine eventuelle ärztliche Behandlung während des Lagers zu erleichtern.

Name des Kindes: _____ Blutgruppe: _____

Adresse: _____

Welche Infektionskrankheiten wurden durchgemacht?

MASERN	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	DITPHTERIE	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	KINDERLÄHMUNG	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
MUMPS	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	GELBSUCHT	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	KEUCHHUSTEN	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
RÖTELN	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	SCHARLACH	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	SCHAFBLATTERN	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Welche Operationen wurden bei Ihrem Kind bereits vorgenommen?

BLINDDARM ja nein MANDELN ja nein

LEISTEN/NABELBRUCH ja nein

SONSTIGE:

Besteht:

ANFALLSLEIDEN (Epilepsie) ja nein

ASTHMA BRONCHIALE ja nein

ALLERGIE gegen PENICILLIN ja nein

DIABETES ja nein

andere ALLERGIEN und Unverträglichkeiten:

z.B.: Bienenstich ja nein

Wenn ja, welche? _____

(Im Falle einer Allergie geben Sie uns bitte den Allergiepass Ihres Kindes mit!)

Folgen nach Unfällen? ja nein

Wenn ja, welche?

Unfallversicherung? ja nein

Krankenkasse:

Schutzbrief? ja nein

Ist eine regelmäßige Medikamenteneinnahme erforderlich? ja nein

Wenn ja, welche, wann und wie oft?



Wann wurde Ihr Kind zum letzten Mal geimpft gegen:

TETANUS: _____

ZECKEN: _____

KINDERLÄHMUNG: _____

CORONA: _____

Wie gut kann Ihr Kind SCHWIMMEN?

sehr gut gut eher unsicher gar nicht

eine Schwimmhilfe ist erforderlich (bitte mitgeben)

Ich stimme zu, dass mein Kind im Notfall operiert werden darf und eine Narkose erhält:

ja nein

Ich übernehme die Haftung für eventuelle Schäden durch Handlungen meines Kindes, sofern von den verantwortlichen Leitern die Aufsicht nicht verletzt wurde.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass mein Kind am Lager teilnehmen darf und dass ich es angewiesen habe, den Anordnungen seiner Leiter Folge zu leisten. Bei Nichtbefolgung wird das Kind, nach vorangegangenem Telefonat abgeholt.

Ich bin damit *einverstanden* / *nicht einverstanden*, dass mein Kind fotografiert werden kann und diese Fotos für den Internetauftritt der Pfadfinder Gainfarn verwendet werden können.

Dieses Datenblatt wird nur für medizinische Notfälle verwendet und verbleibt während des Lagers unter Verschluss beim jeweiligen Truppleiter. Bei Rückkehr der Teilnehmer wird dieses Datenblatt auf Wunsch retourniert oder vernichtet. Einsicht in diese Angaben haben nur die Begleitführer.

Datum: _____ **Unterschrift:** _____

Während der Lagerzeit bin ich bei Notfällen unter folgender Adresse erreichbar:

NAME: _____ TEL.: _____

ADRESSE: _____

Die Lagerleitung