

Gesundheitsblatt Lager

Bitte füllen Sie dieses Formular genau aus. Alle Daten werden durch die entsprechenden LeiterInnen vertraulich behandelt und nach dem Lager vernichtet. Ihre Angaben helfen dem Leiterteam ein fachgerechtes Handeln im Falle eines Notfalls oder einer spezifischen Krankheit.

| Personalien des Teilnehmers | | | |
|---|--|--------------|--|
| Vorname | | Cevi-Name | |
| Name | | Geburtsdatum | |
| Adresse | | | |
| AHV-Nummer (steht auf der Krankenkassenkarte, 13 Ziffern) | | | |

| Personalien des Notfallkontaktes | | | |
|----------------------------------|--|-------|--|
| Name | | | |
| Telefon | | Handy | |

| Hausarzt und Versicherung | | | |
|---------------------------|--|---------|--|
| Name | | Telefon | |
| Adresse | | | |
| Unfallversicherung | | | |
| Krankenkasse | | | |
| Haftpflichtversicherung | | | |

| Gesundheitszustand | Für weitere Bemerkungen bitte Rückseite nutzen |
|---|--|
| Kürzliche Unfälle, Krankheiten (z. B. chronische Leiden, Bettnässer usw.) | Behandelnder Arzt (Name + Tel.) |
| | |
| | |
| | |

| Einzunehmende Medikamente (bitte mitgeben!) | Für weitere Ausführungen bitte Rückseite nutzen |
|---|--|
| Medikament | |
| Dosis | |
| Aufbewahrung (während Lager) | <input type="checkbox"/> Teilnehmer bewahrt Medikamente selbst auf. <input type="checkbox"/> Leitungsteam bewahrt Medikamente auf. |
| Einnahme | <input type="checkbox"/> Einnahme selbstständig (ohne jegliche Hilfe) <input type="checkbox"/> Einnahme selbstständig (mit mündlicher Erinnerung) <input type="checkbox"/> Einnahme nicht selbstständig (mit Hilfe von LeiterIn) |

| Allergien (bitte ankreuzen) | | Für weitere Bemerkungen bitte untenstehendes Feld nutzen nutzen |
|------------------------------------|----------------|--|
| | | Medikament, Bemerkungen |
| <input type="checkbox"/> | Heuschnupfen | |
| <input type="checkbox"/> | Insektenstiche | |
| <input type="checkbox"/> | Asthma | |
| <input type="checkbox"/> | Lebensmittel | |
| <input type="checkbox"/> | Sonstige | |

| Abgabe rezeptfreier Medikamente | | (z. B. Dafalgan bei starken Kopfschmerzen, Stugeron gegen Reiseübelkeit, etc.) |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> | Meinem Kind dürfen rezeptfreie Medikamente ohne Rücksprache mit den Eltern abgegeben werden. | |
| <input type="checkbox"/> | Ich wünsche immer eine telefonische Rücksprache bei Abgabe von rezeptfreien Medikamenten. | |

| Schwimmen | |
|--------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | TeilnehmerIn kann schwimmen. |
| <input type="checkbox"/> | TeilnehmerIn kann nicht schwimmen. |

| Allgemeine Bemerkungen / Ergänzungen | Für weitere Bemerkungen, Zusatzseite beilegen |
|---|--|
| | |

Das Leitungsteam behält sich vor, in Notfällen ohne Rücksprache einen Arzt aufzusuchen bzw. den Rettungsdienst/Rega zu alarmieren. Die Erziehungsberechtigten werden baldmöglichst informiert, sobald die medizinische Versorgung gesichert ist. Versicherung ist Sache der Teilnehmenden.

Ort, Datum

Unterschrift (bei Minderjährigen ist die Unterschrift eines Erziehungsberechtigten nötig)

Bei Fragen oder Unklarheiten wenden Sie sich an die Lagerleitung.