

GESUNDHEITS- UND INFOBLATT

für Lager der Gruppe 42 "St. Sebastian"

**WIENER PFADFINDER
UND PFADFINDERINNEN**



von:

Bitte Vor- und Zunamen eintragen!

Bitte Zutreffendes ankreuzen bzw. vollständig in Blockschrift ausfüllen!

GESUNDHEIT: Meine Tochter / Mein Sohn ...

- hat einen aufrechten Impfschutz gegen Tetanus Zecken (FSME)
- ... darf rezeptfreie Medikamente aus unserer Erste Hilfe-Ausrüstung von der/dem dafür zuständigen Leiter:in bekommen.
- ... ihr/sein Gesundheitszustand eignet sie/ihn für sportliche Aktivitäten und das Leben im Freien.
- ... hat eigene Medikamente mit und soll diese in folgender Dosierung durch den/die dafür zuständigen Leiter:in erhalten.

Bezeichnung	bei/wegen/für	wie oft bzw. wann?	genaue Dosierung	nimmt diese selbstständig

- ... hat Allergien gegen (einschl. Medikamente):
- ... hat Nahrungsmittelunverträglichkeiten/-allergien und darf diese nicht essen:
- ... ist Vegetarier:in
- ... hat folgende Krankheiten bzw. gesundheitliche Probleme (körperlich/psychisch):
- ... ist Bettnässer:in jede Nacht gelegentlich
- ... hat in letzter Zeit relevante Krankheiten bzw. Verletzungen gehabt:
- ... ist bei folgender **Krankenkasse** versichert:

Versicherungsnummer meines Kindes:

Wohnadresse meines Kindes:

Name des/der Hauptversicherten:

Versicherungsnummer des/der Hauptversicherten:

Name & Anschrift des Hausarztes/der Hausärztin bzw. des Kinderarztes/der Kinderärztin:

SCHWIMMEN: Meine Tochter/Mein Sohn ...

- ... darf beim Baden/Schwimmen teilnehmen und ist... ...Schwimmer:in ...Nichtschwimmer:in

KONTAKTE: Folgende Angehörige sind während Lagern erreichbar und sind von mir berechtigt, allenfalls notwendige Maßnahmen bzw. Entscheidungen zu treffen

Name:

Name:

Adresse:

Adresse:

Telefon:

Telefon:

TRANSPORT: Meine Tochter/Mein Sohn...

- ... darf bei Bedarf in **privaten PKW bei Leiter:innen** auf kurzen Zwischentransporten an Lagern mitfahren. (**erst diese Erlaubnis von Ihnen gibt uns die Möglichkeit, den Kindern unnötige Gehwege zu ersparen!**)

Ich erkläre, dass ich dieses Gesundheits-/Infoblatt nach bestem Wissen ausgefüllt habe. Ich nehme zur Kenntnis, dass die Haftung seitens der Leitung, bezüglich jedweder Folgen für mein Kind oder für andere Personen aufgrund fehlender oder unkorrekter Angaben ausgeschlossen ist. Ich bin damit einverstanden, dass diese Daten an Gesundheitspersonal weitergegeben werden kann. Unsere Daten sind vertraulich zu behandeln! **Relevante gesundheitliche Einschränkungen bespreche ich vorab mit der/dem zuständigen Leiter:in.** Ich lasse es eine:n Leiter:in unverzüglich wissen, sobald sich **etwas ändern** sollte, sodass die **Leiter:innen immer am aktuellen Stand** sind, was diese Informationen über mein Kind betrifft.

.....
Datum

.....
Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten