

GESUNDHEITSBLATT

INFORMATIONEN LAGERTEILNEHMER

Nachname: Vorname:

Sozialversicherungsnummer: _ _ _ _ _ Geburtsdatum: _ _ _ _ _ Geburtsort:

Tag Monat Jahr

_ _ _ _ _
Postleitzahl Wohnort Adresse

INFORMATIONEN HAUPTVERSICHERTER

Verhältnis zu Lagerteilnehmer: Mutter Vater :

Nachname: Vorname:

Sozialversicherungsnummer: _ _ _ _ _ Geburtsdatum: _ _ _ _ _

Tag Monat Jahr

.....
Krankenkasse

MEDIKAMENTE:

Mein Kind nimmt folgende Medikamente die wie folgt verabreicht werden müssen. Diese übergebe ich am Abreisetag der Lagerleitung/ bzw. Stufenleitung.

..... Medikament Dosis	<input type="checkbox"/> Nur bei Bedarf!
..... Medikament Dosis	<input type="checkbox"/> Nur bei Bedarf!
..... Medikament Dosis	<input type="checkbox"/> Nur bei Bedarf!

GESUNDHEITZUSTAND:

Allergien: NEIN JA Welche:

.....

Bitte die Rückseite beachten!

SPEZIALINFORMATIONEN ÜBER MEIN KIND:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Vegetarier | <input type="checkbox"/> Schonkost:..... |
| <input type="checkbox"/> Angst im Dunkeln | <input type="checkbox"/> Angst bei/vor:..... |
| <input type="checkbox"/> Bettnässer | |
| <input type="checkbox"/> Sonnenempfindlich | <input type="checkbox"/> Wird bei Autofahrten leicht unwohl |
| <input type="checkbox"/> Allergien:..... | |
| | |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges:..... | |

SCHWIMMER

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> guter Schwimmer / Selbständiges Schwimmen ohne Aufsicht | <input type="checkbox"/> Schwimmer / Selbständiges schwimmen mit Aufsicht |
| <input type="checkbox"/> Nichtschwimmer / Darf in Begleitung in seichtes Wasser | <input type="checkbox"/> Nichtschwimmer / Darf nicht ins Wasser |

NOTFALLSNUMMER:

In Notfällen während des Lagers bin ich/ist folgende Vertrauensperson unter folgender Adresse erreichbar und auch berechtigt notwendige Maßnahmen und Entscheidungen zu treffen.

..... Name Verhältnis zu Lagerteilnehmer
..... Straße, Nummer Postleitzahl, Ort
..... Vorwahl, Telefonnummer(n)	

Im Falle, dass ich selbst nicht erreichbar bin, ist/sind die hier angeführte(n) Vertrauensperson(en) darüber informiert, dass mein Kind auf Lager ist und sie im Notfall erreichbar sein soll(en).

Ich genehmige, dass mein Kind gegebenenfalls ohne vorherige Verständigung kurze Wege bei Aufsichtspersonen in privaten PKW mitfahren darf (insbesondere Fahrten zum praktischen Arzt uä).

Ich genehmige, dass mein Kind rezeptfreie Medikamente von der zuständigen Aufsichtsperson verabreicht bekommen darf (z.B. Wund- u Brandsalben, Medikamente gegen Erkältungssymptome, etc.). Wir bitten, auf allfällige Allergien explizit hinzuweisen:

Ich übergebe das Gesundheitsblatt der Stufenleitung.

Weiters übergebe ich der Lagerleitung am Abreisetag die **E-Card** in einem **verschlossenen Kuvert** beschriftet mit dem **Namen** des Kindes!

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!

Ort, Datum

Unterschrift des Erziehungsberechtigten