Gesundheitskarte

Bitte Formular genau ausfüllen. Ihre Angaben ermöglichen uns bei Krankheit oder Unfall fachgerechtes Handeln. **Die Informationen werden vertraulich behandelt und nach dem Lager fachgerecht entsorgt.** In diesem Sinne wünschen wir «Gesundheit» und vielen Dank für die Mühe.

Personalien Teilnehmer	
Name:	Strasse:
Vorname:	Ort:
Geburtsdatum:	

Wer ist im Notfall zu kontaktieren? (immer erreichbar)	
☐ Name Mutter:	☐ Name Vater:
Telefon/Handy Mutter:	Telefon/Handy Vater:

Versicherung			
	Unfallversicherung	Krankenkasse	Haftpflicht
Name der Versicherung			
Policen-/Kunden-Nr.			
Hotline (Notfall Nummer)			

Impfungen		
Impfung vorhanden (Tetanus)	☐ Ja, Datum:	☐ Nein
Impfung vorhanden (Zecken)	☐Ja, Datum:	☐ Nein

Allergien (Bitte ankreuzen. Wenn vorhanden, Allergiepass Kopie mitgeben)			
☐ Heuschnupfen*	☐ Insektenstiche*	☐ Asthma*	☐ Lebensmittelallergie*
☐ Allergisch auf Medikament/e*:		☐ Andere*:	
*Auswirkungen/ Folgen/ Symptome:			

Weitere Krankheiten/Gebrechen (z.B. chronische Leiden, kürzliche Unfälle oder Krankheiten usw.

Einzunehmende Medikamente und Dosis		
Einzunehmende Medikamente und Dosis:		
Allgemein: Das Leitungsteam darf der Teilnehmerin/ dem Teilnehmer unter Berücksichtigung allfälliger Allergien rezeptfreie Medikamente (z.B. Schmerzmittel/Erkältungsmittel) selbstständig verabreichen.	☐ Ja	☐ Nein

Sportliche Belastbarkeit (Schulsport, wandern)		
Ist Ihr Kind normal sportlich belastbar?	☐ Ja	☐ Nein*
*Grund:		

Aktueller Gesundheitszustand		
Ist Ihr Kind gesund und kann ohne Einschränkung am Programm teilnehmen?	☐ Ja	☐ Nein*
*Grund (kürzliche Unfälle, Krankheiten):		

Allgemeine Bemerkungen/Ergänzungen
Bemerkungen und Empfehlungen (Heimweh, Bettnässen, Sorgen, Ängste, besondere Eigenschaften, Hinweise auf Bedürfnisse Aufgrund religiöser Überzeugungen):
Sonstiges:

Dies ist meine **Einwilligung an die Leitung**, die nötigen Schritte für eine medizinische Behandlung, im äussersten Notfall, **ohne vorherige weitere Benachrichtigung** zu veranlassen.

Ort, Datum: _____

Unterschrift der Erziehungsberechtigten: _____