

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)	
<input type="checkbox"/> Name Mutter:	<input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> Ja, Datum:	<input type="checkbox"/> Nein	
Impfung vorhanden (Zecken)	<input type="checkbox"/> Ja, Datum:	<input type="checkbox"/> Nein	

Allergien (Bitte ankreuzen. Wenn vorhanden, Allergiepass Kopie mitgeben)			
<input type="checkbox"/> Heuschnupfen*	<input type="checkbox"/> Insektenstiche*	<input type="checkbox"/> Asthma*	<input type="checkbox"/> Lebensmittelallergie*
<input type="checkbox"/> Allergisch auf Medikament/e*:		<input type="checkbox"/> 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.
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Sportliche Belastbarkeit (Schulsport, wandern)
Ist Ihr Kind normal sportlich belastbar? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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: _____