

Teilnehmer-Gesundheitsblatt



Version: 16.9.22

Die Angaben auf diesem Blatt helfen der Lagerleitung, während des Lagers richtig zu reagieren. Das Infoblatt wird nach dem Lager wieder zurückgegeben oder vernichtet. **Achtung:** Die Versicherung ist Sache des Teilnehmers. Die Teilnehmenden sind für die nötigen Versicherungen selber verantwortlich.

Personalien

Familienname: Vorname:
Geburtsdatum: Strasse:
PLZ/Ort:
Telefon Festnetz: Handy:
Name und Vorname des/r Erziehungsberechtigten:

Kontaktadresse für Notfälle während des Lagers (falls möglich in der Schweiz)

Name / Vorname: Land:
Strasse: PLZ/Ort:
Telefon Festnetz: Handy:

Hausarzt

Name / Vorname: Telefon Festnetz:
Adresse: PLZ/Ort:

Name der Versicherungsgesellschaft

Private Versicherung (Name der Gesellschaft und Versicherungsnummer)

Unfallversicherung:
Krankenkasse: Versicherungs-Nr.:
Gönner der Rega: Ja Nein Ausweis-Nr.:

Informationen zum Teilnehmer / Abklärungen

Kann der Teilnehmer schwimmen? Ja Nein

Sollen regelmässig benötigte Medikamente (siehe Rückseite) durch die Lagerleitung / den Lagersanitäter verabreicht werden? Ja Nein

Meinem Kind dürfen bei Bedarf und unter Berücksichtigung allfälliger Allergien rezeptfreie Medikamente (z.B. Schmerzmittel) selbstständig vom Lagersanitäter verabreicht werden. Ja Nein

Meinem Kind dürfen Medikamente nur nach telefonischer Rücksprache oder ärztlicher Konsultation verabreicht werden. Ja Nein

Bemerkungen:

Gesundheitszustand

Regelmässig einzunehmende Medikamente (Bezeichnung, Dosierung, Einnahmевorschrift):

.....

Gesundheitszustand (z.B. nachwirkende Krankheiten / Unfälle, Operationen)

.....

Allergien (Besondere Hinweise an die Küche wie z.B. Zöliakie):

.....

Letzte Tetanus-Impfung:

Ort, Datum:

Unterschrift des/r Erziehungsberechtigten:

Rückmeldungen der Lagersanität *(wird von der Lagersanität ausgefüllt)*

Krankheit im Lager

.....

Zeckenbissinfo: Angaben zu den genauen Bissorten am Körper. Falls die markierte Stelle am Körper des Patienten nach einer Woche noch gerötet ist oder ein geröteter Kreis um den Biss entstehen sollte, gehen Sie bitte unverzüglich zum Arzt.

Datum	Ort Zeckenbiss	Vollständig entfernt ja/nein

