

Gesundheitsbogen

Angaben des Lagerteilnehmers

Vor- und Zuname

Geb.-Datum

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Wohnort

Angaben der Eltern

Vor- und Zuname

Geb.-Datum

Telefonnummer

Krankenkasse

Unser Kind hatte folgende Krankheiten:

- | | |
|-------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Windpocken | <input type="checkbox"/> Scharlach |
| <input type="checkbox"/> Masern | <input type="checkbox"/> Keuchhusten |
| <input type="checkbox"/> Diphtherie | <input type="checkbox"/> Mumps |
| <input type="checkbox"/> | |

Hausarzt:

Folgende Anfälligkeiten sind bekannt:

(z.B.: Asthma, Heuschnupfen, Reiseempfindlichkeit, Medikamenten-, Lebensmittel und Pollenallergie, sonstige Allergien, Epilepsie...)

Es müssen regelmäßig folgende Medikamente eingenommen werden:

(Zeitangabe und Dosis; wenn erforderlich, Medikamente beim jeweiligen Leiter abgeben)
Bei Medikamenten, die unter das Betäubungsmittelgesetz fallen (z.B. Ritalin) bitte eine Kopie/ das Original des BTM-Rezeptes abgeben.

Unser Kind nimmt die Medikamente selbst ein Nein Ja
Die Leiter sorgen für die regelmäßige Einnahme der Medikamente Nein Ja

Ich erteile dem Leitungsteam die Erlaubnis, unserem Kind die verordneten sowie für o.g. Bedarfsfälle aufgeführten und zu diesem Zweck mitgegebenen Medikamente zugeben.

Mein Kind ist...

Vegetarier Nein Ja
Brillenträger Nein Ja
Kontaktlinsenträger Nein Ja
Zahnspangenträger Nein Ja
Bettnässer Nein Ja in extrem seltenen Fällen
Sonstiges:

Mein Kind hat eine Behinderung/Beeinträchtigung Nein Ja

Wenn ja, welche: _____

Folgende Schutzimpfungen wurden vorgenommen

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Kinderlähmung am: _____ | <input type="checkbox"/> Tetanus am: _____ |
| <input type="checkbox"/> Masern am: _____ | <input type="checkbox"/> Diphtherie am: _____ |
| <input type="checkbox"/> FSME am: _____ | <input type="checkbox"/> Keuchhusten am: _____ |
| <input type="checkbox"/> Pocken am: _____ | <input type="checkbox"/> Hepatitis A/B am: _____ |

Krankenversicherungskarte (original) und Impfpass (ggf. eine Kopie) bitte vor Antritt der Fahrt abgeben!

Schwimmen

Wir erklären uns einverstanden, dass unser Kind unter Aufsicht am Schwimmen teilnehmen darf:

- | | | |
|-------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| Bäder | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Offene Gewässer | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Mein Kind ist Schwimmer | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |

Sport

An folgenden Sportarten darf unser Kind nicht teilnehmen:

Während des Lagers ist unsere (meine) Adresse wie folgt:

Heimatadresse

Vom _____ bis _____

Ferienadresse

Vom _____ bis _____

Nummer für den Notfall (mobil):

Sonstiges (evtl. Zettel anfügen):

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der gemachten Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift der Erziehungsberechtigten