

## INFORMATIONEN LAGERTEILNEHMER

Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Wohnadresse: \_\_\_\_\_ PLZ; Ort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Rel. Bek.: \_\_\_\_\_ Krankenkasse: \_\_\_\_\_  
Tag Monat Jahr

Sozialversicherungsnummer: \_\_\_\_\_ Stufe: \_\_\_\_\_

Zusatzversicherung:  ja  nein Zusatzversichert bei: \_\_\_\_\_

Leistungen der Zusatzversicherung: \_\_\_\_\_

## INFORMATIONEN ZUR(M) HAUPTVERSICHERTEN

Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Wohnadresse: \_\_\_\_\_ PLZ; Ort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Krankenkasse: \_\_\_\_\_  
Tag Monat Jahr

Sozialversicherungsnummer: \_\_\_\_\_

Verhältnis zum Lagerteilnehmer:  Mutter  Vater

## IMPFUNGEN

Mein Kind hat / ich habe folgende Impfungen erhalten:

FSME  Tetanus

Letzte Impfung am: \_\_\_\_\_

Bitte bei der Anmeldung eine Kopie des Impfpasses abgeben. Sollte es bis Lagerbeginn eine Änderung geben, bitte um eine aktualisierte Version!

## MEDIKAMENTE

Mein Kind nimmt folgende Medikamente, die wie folgt verabreicht werden müssen.

Die Medikamente übergebe ich am Abreisetag der Lagerleitung bzw. der Stufenleitung.

\_\_\_\_\_  Nur bei Bedarf!  
Medikament Dosis

\_\_\_\_\_  Nur bei Bedarf!  
Medikament Dosis

## ALLERGIEN

Bitte genau beschreiben, wogegen Allergien bestehen und was im Notfall zu tun ist:

---

---

---

---

**! BITTE UMDREHEN !!**

### GESUNDHEITZUSTAND

Chronische Hautkrankheiten  ja  nein Welche: \_\_\_\_\_

Asthma bronchiale  ja  nein Welche: \_\_\_\_\_

Diabetes mellitus  ja  nein Welche: \_\_\_\_\_

Sonstige  ja  nein Welche: \_\_\_\_\_

Sonstige wichtige Informationen über den Gesundheitszustand meines Kindes / von mir: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### SCHWIMMER

guter Schwimmer / Selbständiges Schwimmen ohne Aufsicht  Nichtschwimmer / Darf in Begleitung in seichtes Wasser

Schwimmer / Selbständiges Schwimmen mit Aufsicht  Nichtschwimmer / Darf nicht ins Wasser

### BESONDERHEITEN BEI ERNÄHRUNG

Vegetarier

spezielle Ernährung (z.B. kein Schweinefleisch, etc...) \_\_\_\_\_

spezielle Produktunverträglichkeit bzw. Allergie (z.B. Milchprodukte, Gluten, etc...) \_\_\_\_\_

Sonstiges \_\_\_\_\_

### NOTFALLSNUMMERN:

In Notfällen bin ich / ist folgende Vertrauensperson unter folgender Nummer / Adresse erreichbar:

Diese Angehörigen / Personen sind berechtigt im Notfall wichtige Entscheidungen zu treffen!!

\_\_\_\_\_

Name

\_\_\_\_\_

Name

\_\_\_\_\_

Adresse

\_\_\_\_\_

Adresse

\_\_\_\_\_

Telefonnummer

\_\_\_\_\_

Telefonnummer

\_\_\_\_\_

Verhältnis zum Kind (Mutter, Opa, Tante, etc...)

\_\_\_\_\_

Verhältnis zum Kind (Mutter, Opa, Tante, etc...)

Ich genehmige, dass mein Kind, gegebenenfalls ohne vorherige Verständigung, für kurze Wege mit Aufsichtspersonen in einem privaten PKW (z.B. Pfadfinderbus) mitfahren darf.

**Ich erkläre, dass ich dieses Gesundheitsblatt nach bestem Wissen ausgefüllt habe. Ich nehme zur Kenntnis, dass die Haftung seitens der Lagerleitung, bezüglich jedweder Folgen für mein Kind oder andere Personen aufgrund fehlender oder unkorrekter Angaben ausgeschlossen ist. Die o.a. Daten werden selbstverständlich vertraulich behandelt.**

Der Lagerordnung stimme ich zu und werde mein Kind in diesem Sinne informieren. Ich werde für alle Schäden aufkommen, die durch sein/ihr disziplinarwidriges bzw. mutwilliges Verhalten entstehen.

Ich übergebe der Lagerleitung am Abreisetag die E-Card, eine Kopie des Gesundheitspasses und einen Lichtbildausweis (falls vorhanden).

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift des Erziehungsberechtigten