

Gesundheitsbogen

Vor-/Nachname Größe Gewicht

Meine Tochter/mein Sohn trägt am Lager...

eine Zahnspange Kontaktlinsen/eine Brille eine Prothese, und zwar:

Meine Tochter/mein Sohn leidet unter (*bitte ankreuzen*)...

einer Sonnenempfindlichkeit Menstruationsbeschwerden psychischen Problemen
 häufigen Kopfschmerzen Verdauungsschwierigkeiten Sonstigem: _____

Meine Tochter/mein Sohn hat Allergien gegen: z.B. Medikamente, Pollen, Insektenstiche, Lebensmittel...

Folgende Diäten sind zu berücksichtigen: (z.B. Vegetarisch) _____

Folgende Kinderkrankheiten und/oder Operationen hat meine Tochter/mein Sohn bereits gehabt:

Meine Tochter/mein Sohn ist gegen folgende Krankheiten geimpft:

Tetanus ¹	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, Datum der letzten Impfung:
Zeckenschutzimpfung(FSME) ²	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, Datum der letzten Impfung:
Masern	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, Datum der letzten Impfung:

Meine Tochter/Sohn hat chronische Krankheiten (z.B.: Herzfehler, Asthma, Zuckerkrankheit, ansteckende Krankheiten, häufig auftretende Verletzungen od. Schmerzen, etc.):

Gibt es bestimmte Medikamente die euer Sohn/eure Tochter regelmäßig, oder bei immer wiederkehrenden Krankheiten, einnimmt? (*Bezeichnung, wogegen, Dosierung / Regelmäßig, nur im Bedarfs- oder Notfall / selbstständige Einnahme? / sonstige relevanten Informationen zur Einnahme*)

Meine Tochter/mein Sohn darf von den Leitern Medikamente (z.B. Salben, fiebersenkende Medikamente, Hustensaft, o.ä.) aus unserer Erste Hilfe Ausrüstung erhalten³: Ja Nein

Sonstige Angaben über die Gesundheit bitte auf der Rückseite vermerken.

Datum, Ort, **Unterschrift** 1. Jahr Datum, Ort, **Unterschrift** 2. Jahr Datum, Ort, **Unterschrift** 3. Jahr

Bitte füllt dieses Blatt gewissenhaft aus und bedenkt, dass wir auf eure Informationen angewiesen sind. Sprecht bitte auch persönlich mit uns, um etwaige Unklarheiten zu beseitigen. Für Nachteile durch unvollständige oder unrichtige Angaben lehnen die Wiener Pfadfinder jede Haftung ab. Bei Nichtangabe von Krankheiten, chronischen Leiden o.ä. sind wir leider gezwungen, bei Auftreten von gesundheitlichen Schwierigkeiten während des Lagers euer Kind nach Hause zu schicken. Anfallende Transportkosten (Begleitpersonalkosten) würden zu euren Lasten fallen.

¹ Tetanus-Impfungen sind im Gesundheitspass Ihres Kindes vermutlich mit Revaxis, Tetanol, DT-reduct, Repevax, Tetravac, (Di)-Te Anatoxal, (D)T-Adsorbat, Hexavac, Infanrix Hexa, oder Boostrix bezeichnet.
² Unabhängig ob Ihr Kind geimpft ist oder nicht, wird lediglich der Zeck entfernt und die Bissstelle beobachtet. Wir veranlassen keine Verabreichung von Hyperimmunglobulin. Impfstoffe: FSME-Immun, Tico-vac oder Encepur.

Kontaktinformationen

Vor-/Nachname _____

Handy (wenn vorh.) _____ E-Mail _____

Adresse _____

Geburtsdatum _____ Versicherungsnummer: _____

Vor- und Nachname **des Versicherten:** _____

Geburtsdatum: _____ Versicherungsnummer: _____

Krankenkasse: _____

Hausarzt:

Vor-, Nachname	Adresse	Tel Nr
----------------	---------	--------

Mutter:

Vorname: _____

Nachname: _____

Telefon: _____ Handy: _____

E-Mail: _____

Adresse: _____

Beruf: _____

Vater:

Vorname: _____

Nachname: _____

Telefon: _____ Handy: _____

E-Mail: _____

Adresse: _____

Beruf: _____

Dritte Kontaktperson für Noffälle falls Mutter und Vater nicht erreichbar:

Vorname: _____

Nachname: _____

Telefon: _____ Handy: _____

Adresse: _____

Verhältnis zu meinem Sohn/meiner Tochter : _____

Bitte beachtet, dass ihr während der Lager evtl. selbst auf Urlaub seid und teilt uns die aktuelle

Adresse mit!