

Gesundheitsblatt

Gruppe: Wien 29 Dornbach .

Stufe: WiWö & GuSp .

Lager: 20.. .

*Bitte nehmen Sie sich die Zeit, dieses Gesundheitsblatt
sorgfältig auszufüllen.*

Alle Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt!

Persönliche Daten:

LagerteilnehmerIn:

Name: _____

Sozialvers.-Nr.: _____ Geburtsdatum: _____

Versichert bei: _____

Wohnadresse: _____

Staatsbürgerschaft: _____

Angaben zum Hauptversicherten (nur bei mitversicherten Personen):

Name des/der
Hauptversicherten: _____

Sozialvers.-Nr.: _____ Geburtsdatum: _____

Versichert bei: _____

Wohnadresse: _____

Telefonnummer(n): _____

Beschäftigt bei: _____ in: _____

Staatsbürgerschaft: _____

Angaben zum Hausarzt:

Hausarzt des/der
Lagerteilnehmers/in: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Angaben zum Gesundheitszustand:

Die Angaben beziehen sich auf den/die obgenannte LagerteilnehmerIn.

Impfungen:

Allgemeine Impfungen lt. österreichischem Impfplan wurden durchgeführt:

(Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Polimyelitis, Haemophilus infl. B,
Hepatitis B, Pneumokokken, Masern, Mumps, Röteln, Windpocken)

ja nein

Zusätzlich für das Lager erforderliche Impfungen:

FSME („Zecken“) zuletzt: _____ nein

Info: erforderlich ist: Grundimmunisierung abgeschlossen, 1. Auffrischungsimpfung nicht älter als 3 Jahre, weitere Auffrischungsimpfungen nicht älter als 5 Jahre!

_____ zuletzt: _____ nein

*Nur für spezielle LagerteilnehmerInnen
(Küchenpersonal, alle LeiterInnen) erforderlich:*

Hepatitis A zuletzt: _____ nein

*Hinsichtlich zusätzlicher, für die Umstände und den Ort des Lagers
erforderlicher Impfungen (z.B. Hepatitis A, Influenza, Meningokokken C, ...)
lassen Sie sich bitte von Ihrem Hausarzt beraten.*

Krankengeschichte:

Krankheiten in letzter Zeit:

ja welche: _____ nein

Verletzungen (z.B. Knochenbrüche, Operationen)
in letzter Zeit:

ja welche: _____ nein

Chronische Krankheiten:

ja welche: _____ nein

Allergien:

ja welche: _____ nein

Psychische Krankheiten /
Verhaltensauffälligkeiten:

ja welche: _____ nein

Medikamente:

Ich/Mein Kind muss folgende Medikamente einnehmen:

Bitte geben Sie die Medikamente (ausgenommen Medikamente für Notfälle), bei der Abfahrt inklusive Verpackung und Beipacktext ab!

Name des Medikaments	Dosierung / Verabreichung	Anmerkung

Nur für minderjährige LagerteilnehmerInnen:

Ich genehmige die Verabreichung der obgenannten Medikamente. ja

Ich stimme der Verabreichung von NICHT rezeptpflichtigen Medikamenten zu. ja

Ich stimme der Verabreichung von rezeptpflichtigen Medikamenten, welche für mein Kind von einem Arzt verordnet wurden zu. ja

Weitere Angaben:

Ich/Mein Kind hat/habe eine ärztlich verschriebene Diät:

ja welche: _____ nein

Ich/mein Kind hat/habe bei sportlichen Wettspielen und Dauerleistungen Schonung nötig:

ja welche: _____ nein

Ich/Mein Kind kann schwimmen

ja nein

Ich/Mein Kind isst/esse ausschließlich vegetarisch

ja nein

Erklärung:

Ich, der/die Erziehungsberechtigte bzw. volljährige LagerteilnehmerIn erkläre dass der/die LagerteilnehmerIn

- ◆ keine für Ferienlager oder Jugenderholungsheime meldepflichtige Erkrankung (Masern, Mumps, Röteln, Schafblattern) oder sonst meldepflichtigen Erkrankungen hat,
- ◆ sich in keinem für sich oder die anderen LagerteilnehmerInnen gesundheitlich bedenklichen Zustand befindet,
- ◆ für den längeren Aufenthalt im Freien die erforderliche Gesundheit besitzt.

Nur für minderjährige LagerteilnehmerInnen:

Ich, der/die Erziehungsberechtigte erkläre mich damit einverstanden, dass ich im Falle einer ärztlichen Behandlung meines Kindes *nur dann* von den LeiterInnen bzw. der Lagerleitung verständigt werde, wenn diese Behandlung die weitere Teilnahme am Pfadfinderlager beeinträchtigt oder eine längere starke Einschränkung bei der Teilnahme an Aktivitäten oder eine weiterführende ärztliche Behandlung zur Folge hat.

Ich nehme zur Kenntnis, dass sich die PfadfinderführerInnen bzw. die Lagerleitung vorbehält, die Teilnahme am Pfadfinderlager im Falle einer Gesundheitsgefährdung von Personen oder organisatorischen Undurchführbarkeit der Teilnahme aufgrund der obigen Angaben oder eingetretener gesundheitlicher Umstände, abzulehnen, bzw. abzubrechen.

Ich, der/die Erziehungsberechtigte bzw. volljährige LagerteilnehmerIn erkläre, dass die obigen Angaben richtig und vollständig sind und nehme zur Kenntnis, dass die Wiener Pfadfinder und Pfadfinderinnen für Schäden, die aufgrund unvollständiger oder unrichtiger Angaben entstanden sind, nicht haften.

Datum _____

Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten
bzw.
eigenhändige Unterschrift des/der
volljährigen LagerteilnehmerIn