

GESUNDHEITSBLATT

V.0.9.5.RC

LAGERTEILNEHMERIN

NACHNAME

VORNAME

SV-NUMMER

BLUTGRUPPE

ARBEITGEBER

WOHNADRESSE VERHÄLTNIS ZU TN

STUFE

MITVERSICHERT BEI

DETAILINFORMATIONEN ZUM/ZUR LAGERTEILNEHMENDEN

Schutzimpfung	Datum der letzten Impfung (JJJJ-MM)		
FSME		Covid19	
Tetanus			
Röteln			
Kinderlähmung			

Allergien

Thema Schwimmen:**Vor kurzem durchgeführte Operationen, die auf Lager einschränken****Knochenbrüche seit vergangenem September?****Allfällige Besonderheiten, chronische Leiden, psychische Probleme, Bettnässen?****Ich stimme zu, dass mein Kind bei einer unerwarteten Operation eine Narkose und/oder Bluttransfusion erhält.****Mein Kind darf rezeptfreie Medikamente (z.B. Wundsalben) aus der Erste-Hilfe Ausrüstung erhalten:**

Gegebenenfalls NICHT zu verabreichen ist/sind folgende(s) Medikament(e):

Mein Kind hat auf dem Lager eigene Medikamente mit und soll diese durch die Stufenleitung erhalten:

Name des Medikaments	Verabreichungsgrund	Dosierung	Verwahrung

Lebensmittelunverträglichkeit gegen:**Laktoseintoleranz:****Glutenunverträglichkeit:****Der/die LagerteilnehmerIn isst/ist**

Ich erkläre, dass ich dieses Gesundheitsblatt nach bestem Wissen und Gewissen ausgefüllt habe. Ich nehme zur Kenntnis, dass die Haftung seitens der Führung, bezüglich irgendwelcher Folgen für mein Kind oder für andere Personen, aufgrund fehlender oder unkorrekter Angaben, ausgeschlossen ist. Die hier angeführten Daten werden vertraulich behandelt!

Datum:**Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten:**