

# GESUNDHEITSBLATT



**LAGERTEILNEHMER:IN (LTN:IN)**

**MITVERSICHERT BEI**

	←	NACHNAME	→	
	←	VORNAME	→	
	←	SV-NUMMER	→	
		ADRESSE		
		STUFE	KRANKENKASSE <small>(eigene, falls selbst versichert)</small>	
		GEBURTSDATUM	VERHÄLTNIS ZU LTN:IN	
			TELEFONNUMMER	

**DETAILS ZUM/ ZUR LAGERTEILNEHMER:IN**

DATUM DER LETZEN IMPFUNG:	MM/JJJJ
FSME	
Tetanus	
Röteln	
Kinderlähmung	
Covid 19	

Asthma Bronchiale	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN
Diabetes	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN
Epilepsie	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN
Allergie: Insektenstich	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN
Allergie: Nuss	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN
Allergie: Penicillin	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN

Weitere Allergien (Medikamente, etc.)  JA  NEIN

Wenn Ja, welche: \_\_\_\_\_

Lebensmittelunverträglichkeiten  JA  NEIN

Wenn Ja, welche: \_\_\_\_\_

Relevante Krankheiten (Im Letzen Jahr, chronisch, etc.)  JA  NEIN

Wenn Ja, welche: \_\_\_\_\_

Operationen/Knochenbrüche im Letzen Jahr  JA  NEIN

Wenn Ja, welche: \_\_\_\_\_

Verhaltensauffälligkeiten, Psychische Störungen, ...  JA  NEIN

Wenn Ja, welche: \_\_\_\_\_

Allfällige Besonderheiten, Einschränkungen auf Lager, Bettnässer, etc.  JA  NEIN

Wenn Ja, welche: \_\_\_\_\_

LTN:IN darf REZEPTFREIE Medikamente (z.B. Wundsalbe) aus der Erste-Hilfe-Ausrüstung verabreicht bekommen  JA  NEIN

Ausgenommen: \_\_\_\_\_

LTN:IN darf ärztlich verordnete Medikamente einnehmen  JA  NEIN

Schwimmen:

Nichtschwimmer    Seichtes Wasser    Tiefes Wasser    Selbstständig

**LTN:IN hat auf dem Lager Medikamente mit und soll diese unter Aufsicht der Stufenleitung/selbstständig einnehmen:**

Name des Medikaments	Verabreichungsgrund	Dosis (Zeitpunkt/Menge/Bei Bedarf)	Verwahrung	Einnahme	
				<input type="radio"/> Selbst	<input type="radio"/> Aufsicht
				<input type="radio"/> Selbst	<input type="radio"/> Aufsicht
				<input type="radio"/> Selbst	<input type="radio"/> Aufsicht
				<input type="radio"/> Selbst	<input type="radio"/> Aufsicht
				<input type="radio"/> Selbst	<input type="radio"/> Aufsicht
				<input type="radio"/> Selbst	<input type="radio"/> Aufsicht

Ich, der/die Erziehungsberechtigte bzw. volljährige/r Lagerteilnehmer:in erkläre,

- dass der/die Lagerteilnehmer:in sich in keinem für sich oder die anderen Lagerteilnehmer:innen gesundheitlich bedenklichen Zustand befindet und für den längeren Aufenthalt im Freien die erforderliche Gesundheit besitzt.
- 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.

Relevante gesundheitliche Einschränkungen bespreche ich VORAB mit der zuständigen Stufenleitung.

**SONSTIGES:**

**DATUM**

**Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten oder LTN:IN**