

GESUNDHEITSBLATT



LAGERTEILNEHMER:IN (LTN:IN)

MITVERSICHERT BEI

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

DETAILS ZUM/ ZUR LAGERTEILNEHMER:IN

DATUM DER LETZEN IMPFUNG:	MM/JJJJ	Asthma Bronchiale	☐ JA	☐ NEIN
FSME		Diabetes	☐ JA	☐ NEIN
Tetanus		Epilepsie	☐ JA	☐ NEIN
Röteln		Allergie: Insektenstich	☐ JA	☐ NEIN
Kinderlähmung		Allergie: Nuss	☐ JA	☐ NEIN
Covid 19		Allergie: Penicillin	☐ JA	☐ 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

Heikle Themen können auch dem Leitungsteam persönlich gesagt werden.

Beispiele: Unfall, Tod in Umfeld des Kindes, Neues Geschwisterchen, Trennung der Eltern, Mobbing oder Wohnortwechsel

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	
				☐ Selbst	☐ Aufsicht
				☐ Selbst	☐ Aufsicht
				☐ Selbst	☐ Aufsicht
				☐ Selbst	☐ Aufsicht
				☐ Selbst	☐ 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