



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

Alle Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt!

(digitale Version zum Ausfüllen am PC unter <http://www.wien60.com/index.php/downloads>)

LagerteilnehmerIn:

Name: _____

Sozialvers.-Nr.: _____ Geburtsdatum: _____

Krankenkasse: _____

Mitversichert bei: _____

Wohnadresse: _____

Staatsbürgerschaft: _____

Angaben zum Hauptversicherten:

(nur bei mitversicherten Personen)

Name des/der
Hauptversicherten: _____

Sozialvers.-Nr.: _____ Geburtsdatum: _____

Wohnadresse: _____

Telefonnummer(n): _____

Beschäftigt bei: _____ in: _____

Angehörige

Ich bzw. folgende Angehörige sind während der Lagerdauer erreichbar und sind von mir berechtigt allenfalls notwendige Maßnahmen bzw. Entscheidungen zu treffen:

Name: _____

Name: _____

Adresse: _____

Adresse: _____

Telefonn. _____

Telefonn. _____

E-Mail: _____

E-Mail: _____

Beziehung: _____

Beziehung: _____

z.B.: Mutter

z.B.: Opa



Angaben zum Gesundheitszustand:

Die Angaben beziehen sich auf den/die obgenannte LagerteilnehmerIn.

Impfungen:

FSME („Zecken“)	zuletzt: _____	nein <input type="checkbox"/>
Diphtherie	zuletzt: _____	nein <input type="checkbox"/>
Tetanus	zuletzt: _____	nein <input type="checkbox"/>
Pertussis	zuletzt: _____	nein <input type="checkbox"/>
Polimyelitis	zuletzt: _____	nein <input type="checkbox"/>
Haemophilus infl. B	zuletzt: _____	nein <input type="checkbox"/>
Hepatitis A	zuletzt: _____	nein <input type="checkbox"/>
Hepatitis B	zuletzt: _____	nein <input type="checkbox"/>
Pneumokokken	zuletzt: _____	nein <input type="checkbox"/>
Masern	zuletzt: _____	nein <input type="checkbox"/>
Mumps	zuletzt: _____	nein <input type="checkbox"/>
Röteln	zuletzt: _____	nein <input type="checkbox"/>
Windpocken	zuletzt: _____	nein <input type="checkbox"/>
_____	zuletzt: _____	nein <input type="checkbox"/>

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



Lebensmittelunverträglichkeiten:

ja welche: _____ nein

Psychische Krankheiten /
Verhaltensauffälligkeiten:

ja welche: _____ nein

Medikamente:

Ich/Mein Kind muss folgende Medikamente einnehmen:

Name des Medikaments	Dosierung / Verabreichung	Anmerkung

Ich/mein Kind darf rezeptfreie Medikamente aus der Erste-Hilfe-Ausrüstung von geschulten PfadfinderführerInnen erhalten:

ja nein

Weitere Angaben:

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

ja welche: _____ nein

Ich/Mein Kind hat/habe bei sportl. Wettspielen und Dauerleistungen Schonung nötig:

ja welche: _____ nein

Ich/Mein Kind darf schwimmen gehen

ja nein

Ich/Mein Kind ist:

Nichtschwimmer schlechter Schwimmer guter Schwimmer

Ich/Mein Kind isst/esse ausschließlich vegetarisch / vegan

ja welche: _____ nein

Ich/Mein Kind darf im Ausnahmefall in einem Privatauto einer der Lagerleitung vertrauten Person mitfahren:

ja nein



E-Card:

Wichtel und Wölflinge:

Bitte die E-Card am Abreisetag in einem geschlossenen Kuvert mit Vor- und Nachname beschriftet bei den PfadfinderführerInnen der Stufe Wichtel und Wölflinge abgeben.

Guides & Späher, Caravelles & Explorer, Ranger & Rover, Team:

Bitte die E-Card selbstständig auf das Lager mitnehmen bzw. dem Kind mitgeben. Für die Verwahrung der E-Card ist der Lagerteilnehmer selbstständig verantwortlich.

Erklärung:

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

- ◆ keine für Ferienlager oder Jugenderholungsheime meldepflichtige Erkrankung (Masern, Mumps, Röteln, Schafblättern) 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