

Pfadfindergruppe Schildorn

Gesundheitsblatt

Vor - und Zuname des Kindes:

Geburtsdatum: Vers. Nr.: Krankenkasse:

Folgende Angehörige sind während der Lagerdauer erreichbar und berechtigt allenfalls notwendige Maßnahmen zu treffen:

Name:

Adresse:

Telefon:

Mein Kind hat folgende Operationen bereits gehabt:

Folgende Kinderkrankheiten hat mein Kind bereits gehabt:
.....

Folgende Impfungen wurden bei meinem Kind durchgeführt:

	Ja, die letzte Impfung war am:	Nein
Tetanus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
FSME	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

(Kindern die nicht geimpft sind, wird im Falle eines Zeckenbisses der Zeck entfernt, desinfiziert und das Kind beobachtet.)

Hat Ihr Kind Allergien? (zB gegen: Medikamente, Insektenstiche, Pollen, Sonstiges)

keine bekannt Ja und zwar gegen:

Mein Kind nimmt folgende Medikamente:

(bitte geben Sie an wie oft, wogegen und wann die Medikamente eingenommen werden sollen)

Mein Kind hat folgende chronische Krankheiten: (Asthma, Zuckerkrankheit, häufig auftretende

Verletzungen)

Sonstige wichtige Informationen:

Mein Kind ist /leidet unter:

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Bettnässer | <input type="radio"/> Schwimmer |
| <input type="radio"/> Schlafwandler | <input type="radio"/> Nichtschwimmer (Schwimmflügel mitgeben) |
| <input type="radio"/> häufigem Kopfweg | <input type="radio"/> psychische Probleme |

Mein Kind darf Medikamente (Globuli, Salben, fiebersenkende Mittel, Hustensaft usw.) aus unserer Erste Hilfe Ausrüstung erhalten. ja nein

Datum:

Unterschrift Eltern: