

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:

Person 1:

Name:

Adresse:

Telefon:

Person 2:

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	☐	☐
FSME	☐	☐

(Im Falle eines „Zeckenbisses“ wird der Zeck entfernt, desinfiziert und die Einstichstelle beobachtet.)

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

☐ keine bekannt

☐ Ja und zwar gegen:

Mein Kind nimmt folgende Medikamente:

(bitte geben Sie an, wofür und wann die Medikamente eingenommen werden sollen)

Mein Kind hat folgende chronische Krankheiten: (Asthma, Diabetes mellitus, etc.)

.....

Mein Kind ist /hat:

☐ Enuresis nocturna (Bettnässer)	☐ Schwimmer
☐ Schlafwandler	☐ Nichtschwimmer (Schwimmflügel mitgeben)
☐ häufiges Kopfweh	☐ psychische Probleme

Mein Kind darf Medikamente (Globuli, Salben, fiebersenkende Mittel, Hustensaft usw.) - nach telefonischer Rücksprache mit einem Elternteil - aus unserer Erste-Hilfe-Ausrüstung erhalten. ☐ ja ☐ nein

Ich und mein Kind sind mit **Corona-Antigen-Tests** vor und ev. auch während des Lagers einverstanden. ☐ ja ☐ nein

Datum:

Unterschrift Eltern: _____

DATENSCHUTZ:

Die Gesundheitsblätter sind während des aktuellen Sommerlagers nur für die jeweiligen Stufenleiter einsehbar. Diese werden nach dem Sommerlager lt. DSGVO entsorgt.