

G E S U N D H E I T S B O G E N

Angaben des Lagerteilnehmers	Angaben der Eltern
Vor- und Zuname	Vor- und Zuname
Geburtsdatum	
Straße / Nr.	Krankenkasse des Kindes
PLZ / Wohnort	Private Auslandskrankenkasse des Kindes vorhanden <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Während des Lagers ist meine / unsere Adresse wie folgt:			
vom	bis	vom	bis
Heimatadresse		Urlaubsadresse	
Straße / Nr.		Straße / Nr.	
PLZ / Wohnort		PLZ / Urlaubsort / Land	
Telefon und Handynummer		Telefon	

Mein Kind hat folgende Krankheiten gehabt	Schutzimpfungen wurden vorgenommen
<input type="checkbox"/> Windpocken am: _____ <input type="checkbox"/> Scharlach am: _____ <input type="checkbox"/> Mumps am: _____ <input type="checkbox"/> Diphtherie am: _____ <input type="checkbox"/> Masern am: _____ <input type="checkbox"/> Keuchhusten am: _____ <input type="checkbox"/> FSME am: _____ <input type="checkbox"/> _____ am: _____ <input type="checkbox"/> _____ am: _____	<input type="checkbox"/> Kinderlähmung am: _____ <input type="checkbox"/> Tetanus am: _____ <input type="checkbox"/> Pocken am: _____ <input type="checkbox"/> Diphtherie am: _____ <input type="checkbox"/> Masern am: _____ <input type="checkbox"/> Keuchhusten am: _____ <input type="checkbox"/> _____ am: _____ <input type="checkbox"/> _____ am: _____

Impfpass: Bitte legen Sie unbedingt eine aktuelle Kopie des Impfpasses bei.

Schwimmen: Ich erkläre mich hiermit einverstanden, dass meine Tochter / mein Sohn am Schwimmen teilnehmen darf (jeweils unter Aufsicht)
Mein Kind darf schwimmen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> in Bädern <input type="checkbox"/> in offenen Gewässern
Mein Kind ist <input type="checkbox"/> Schwimmer <input type="checkbox"/> Nichtschwimmer

Mein Kind hat zur Zeit folgende Krankheiten:

Ist in der Umgebung des Kindes in den letzten 8 Wochen irgendeine Infektionskrankheit aufgetreten, wenn ja, welche?

Folgende Anfälligkeiten sind bekannt: (z.B. Asthma, Heuschnupfen, Medikamenten-, Lebensmittel- und Pollenallergie, sonstige Allergien)

Es müssen regelmäßig folgende Medikamente eingenommen werden:
Zeitangabe, wenn erforderlich! - Medikamente beim jeweiligen Leiter abgeben!

Meine Tochter / mein Sohn ist Bettnässer (Grund? z.B. Aufregung, Kälte)

ja nein

Meine Tochter / mein Sohn hat die für das Lager notwendige Gesundheit

ja nein

Folgende Behinderungen sind zu beachten (z.B. Brillenträger, Zahnregulierer, usw.)

Wir sind damit einverstanden, dass meine Tochter / mein Sohn ohne Begleitung von Leitern, aber in Gruppen von mindestens drei Teilnehmern ausgehen darf

ja nein

Medikamente

Ich erlaube dem Leitungsteam, bei Bedarf meinem Kind rezeptfreie Medikamente (Aspirin/ Paracetamol/...) zu geben:

ja nein

Sonstige Sportarten / Aktivitäten

An folgenden anderen Sportarten / Aktivitäten darf meine Tochter / mein Sohn nicht oder nur eingeschränkt teilnehmen

Sonstiges / Bemerkungen

Es wird bestätigt, dass die vorstehenden Angaben vollständig, richtig und aktuell sind. Sollten dennoch fehlerhafte und lückenhafte Angaben vorliegen, dann darf der Leiter oder die verantwortliche Person nach pflichtgemäßem Ermessen frei entscheiden. Häufig wird dann der sicherere Weg gewählt werden. Sofern sich der Leiter oder die verantwortlichen Person an die schriftlichen Angaben in diesem Gesundheitsbogen hält, wird die Haftung nur auf Vorsatz und grobe Fahrlässigkeit beschränkt. Lückenhafte oder fehlerhafte Angaben gehen nicht zu Lasten der Leiter oder verantwortlichen Personen

Ort / Datum

Unterschrift