

Gesundheitsfragebogen

Bundeslager 2022



Diesen Bogen bitte ausfüllen, ausdrucken, von dem/der/den Erziehungs-/Sorgeberechtigten unterschreiben lassen und dem/der Gruppenleiter/in mitgeben.

Name, Vorname		Geburtsdatum	Stamm		
Straße, Nr.			PLZ, Ort		
Schutzimpfungen (bitte Datum angeben):					
Tetanus		Masern		FSME	
Diphtherie		Mumps		Windpocken	
Polio/Kinderlähmung		Röteln			
Keuchhusten		Hepatitis A		CoViDi9	
		Hepatitis B			
Mein / Unser Kind befindet sich zurzeit in ärztlicher Behandlung (behandelnder Arzt, Grund der Behandlung):					
Unser Kind/Ich hatte folgende Erkrankungen:					
Windpocken	Scharlach	Mumps	Masern	Röteln	Diphtherie
Tuberkulose					
Sonstiges (bitte angeben):					
<input type="checkbox"/> Es besteht zurzeit keine akute/ansteckende Erkrankung.					
Bei meinem / unserem Kind /mir ist auf Folgendes zu achten (Einschränkungen etc.)					
Folgende Anfälligkeiten sind bekannt (z.B. Asthma, Heuschnupfen, Reisekrankheit, Medikamenten-, Lebensmittel-, sonstige Allergien, Epilepsie, etc.)					
Mein / Unser Kind bekommt als Bedarfs-/ Dauermedikation folgende Medikamente und weiß damit umzugehen:					
Unser Kind nimmt die Medikamente selbst ein					
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					
Der/Die Gruppenleiter/in sorgt für die regelmäßige Einnahme der Medikamente					
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					

Versicherungsdaten:		
Krankenkasse	Kassennummer	Versichertennummer
Versichert über	Status	Versichertenkarte gültig bis

Krankenversicherungskarte und Impfausweis werden auf dem Bundeslager mitgeführt.

Im Falle einer Erkrankung oder eines Unfalles darf

Name, Vorname	Geburtsdatum	Funktion

über Behandlungen entscheiden und in medizinische Eingriffe (einschließlich Operationen) einwilligen.

Im Falle einer Erkrankung oder eines Unfalles darf / dürfen nur die Erziehungs-/ Sorgeberechtigten über Behandlungen entscheiden und in medizinische Eingriffe (einschließlich Operationen) einwilligen.

Bei lebensbedrohlichen Erkrankungen/ Unfällen entscheidet der behandelnde Arzt vor Ort.

Ich bin / Wir sind während des Lagers (jederzeit) wie folgt zu erreichen:		
Name, Vorname	Telefon	Mobil
Straße, Nr.		PLZ, Ort
Name, Vorname	Telefon	Mobil
Straße, Nr.		PLZ, Ort

Im Falle der Unterschrift nur eines Erziehungs-/ Sorgeberechtigten versichert dieser an Eides statt, dass der andere Erziehungs-/Sorgeberechtigte ebenfalls diesem zustimmt. Ich bin / Wir sind damit einverstanden, dass die persönlichen und Behandlungsdaten zum Zwecke der gesetzlich vorgeschriebenen Dokumentation gespeichert werden. Nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfrist werden die Daten gelöscht!

Ort, Datum

Ort, Datum

Unterschrift der Erziehungs-/Sorgeberechtigten

Unterschrift des Erziehungs-/Sorgeberechtigten