



Gesundheitsdatenblatt

Die angegebenen Daten werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Vor-/Nachname: _____ Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

SV-Nr.: _____

Sozialversicherung (Betreffendes bitte ankreuzen und ausfüllen):

☐ Mitversichert bei: Name: _____ SV-Nr.: _____ Versicherung: _____

☐ Selbstversichert: Versicherung: _____

Notfallkontakte:

Vor-/Nachname (der Erziehungsberechtigten): _____

Adresse: _____

E-Mail-Adresse: _____ Telefonnummer: _____

Vor-/Nachname (der Erziehungsberechtigten): _____

Adresse: _____

E-Mail-Adresse: _____ Telefonnummer: _____

Impfungen / Medikamente

Folgende Schutzimpfungen wurden geimpft:

- | | |
|---|-------|
| ☐ Tetanus – letzte Impfung am: | _____ |
| ☐ FSME – letzte Impfung am: | _____ |
| ☐ Kinderlähmung – letzte Impfung am: | _____ |
| ☐ Röteln – letzte Impfung am: | _____ |

Mein Kind hat auf Lagern eigene Medikamente mit und soll diese durch die Leiter:innen erhalten:

☐ ja ☐ nein Bezeichnung der Medikamente: _____

Grund der Verabreichung: _____

Dosierung: _____

Mein Kind / Ich...

... darf rezeptfreie Medikamente (Wundsalben, etc.) aus unserer Erste-Hilfe-Ausrüstung erhalten: ☐ ja ☐ nein

Ausgenommen: _____

... hatte in letzter Zeit Knochenbrüche/Prellungen oder schwere Verletzungen: ☐ ja ☐ nein

Details (mit Datum): _____

... hat/habe allfällige Besonderheiten / chronische oder psychische Probleme: ☐ ja ☐ nein

Details: _____

Allergien: ☐ ja ☐ nein

Details: _____

Lebensmittelunverträglichkeit / -intoleranz: ☐ ja ☐ nein

Details: _____

Ernährung: ☐ vegetarisch ☐ vegan braucht eine spezielle **Diät:** ☐ ja ☐ nein

Details: _____

Übelkeit bei Autofahrten: ☐ ja ☐ nein ☐ manchmal

☐ Schwimmer:in ☐ Nichtschwimmer:in ☐ unsichere:r Schwimmer:in

... darf mit dem Fahrrad (ab GuSp): ☐ allein auf der Straße fahren ☐ in der Gruppe fahren

... darf auf Lagern/Ausflügen mit privaten PKW von LeiterInnen (mit entsprechenden Kindersitz) transportiert werden:

☐ ja ☐ nein

VOR-Top-Jugendticket: ☐ ja ☐ nein

☐ Ich stimme einer allfällig notwendigen Operation bzw. einer Narkose zu.

Um eine Behandlung Ihres Kindes sicherzustellen, ist dessen E-card unbedingt erforderlich! Diese wird daher spätestens zu Lagerbeginn der:dem zuständigen Leiter:in übergeben.

Ich bestätige hiermit die Richtigkeit der Daten. Sollten sich die persönlichen Daten in gesundheitlicher Hinsicht ändern, gebe ich dies umgehend den betreffenden Leiter:innen bekannt. Weiters nehme ich zur Kenntnis, dass die Haftung seitens der Leiter:innen und Mitarbeiter:innen auf Pfadfinderaktivitäten bzw. jeglicher Folgen für mein Kind/mich oder andere Personen aufgrund fehlender oder unkorrekter Angaben ausgeschlossen ist.

Datum

Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten