

GESUNDHEITSBLATT

Vor- und Nachname des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____

Besteht:

- ☐ Epilepsie
- ☐ Asthma bronchiale
- ☐ Diabetes Mellitus
- ☐ Allergische Reaktion auf _____

Unverträglichkeiten:

Mein Kind ist:

- ☐ Vegetarier/- in
- ☐ Veganer/- in
- ☐ Fleischesser/- in

Knochenbrüche/schwere Verletzungen/Erkrankungen VOR dem Jungscharlager:

- ☐ Nein
- ☐ Ja - welche? _____

Schwimmerfahrung:

- ☐ Guter Schwimmer (darf in tiefes Wasser)
- ☐ Schwimmer (darf nicht in zu tiefes Wasser)
- ☐ Nichtschwimmer (darf in seichtem Wasser baden)

Meine Tochter/mein Sohn ...

- ☐ .. darf bei Bedarf im privaten PKW eines Gruppenleiters für kurze Zwischentransporte bzw. eine Fahrt zum Arzt mitfahren.
- ☐ .. hat bei sportlichen Aktivitäten folgende Schonung nötig:

- ☐ .. darf mit rezeptfreien Salben (z.B.: Fenistilgel, Mirfulan) und Desinfektionsmittel (Octenisept) von Gruppenleitern behandelt werden.
- ☐ .. hat eigene Medikamente mit (bitte bei der Lagerleitung am Abreisetag abgeben) und soll diese wie folgt erhalten:

Vor- und Nachname des Kindes: _____

<u>Medikament + mg</u>	<u>Morgens</u>	<u>Mittags</u>	<u>Abends</u>	<u>Für?</u>

Ist eine Zeckenimpfung (FSME-Impfung) vorhanden?

- ☐ Ja, welches Jahr: _____
- ☐ Nein
- ☐ Im Falle eines Zeckenbisses erkläre ich mich damit einverstanden die Kosten für eine vom Arzt empfohlene Impfung zu übernehmen.

Kontakt:

Mein Kind ist bei der Krankenkasse _____ versichert.

Mein Kind ist bei _____ mitversichert.

Sozialversicherungsnummer des Hauptversicherten: _____.

Der Hausarzt meines Kindes ist: _____.

Meine/Unsere Adresse zur Zeit des Jungscharlagers lautet:

_____.

Telefonnummer: _____.