

Gesundheitsfragebogen für das Bundeslager 2017

Diesen Bogen bitte ausfüllen/ausdrucken, von dem / den Erziehungs-/Sorgeberechtigten unterschreiben lassen und dem Gruppenleiter mitgeben. Der Bogen soll im Laufe der Woche unter dieser Adresse eingeworfen werden:

Weidenweg 12 / 35315 Homberg Ohm

Name, Vorname	Geburtsdatum	Stamm/Landesverband/Unterlager
Straße, Nr.		PLZ, Ort
Schutzimpfungen (bitte Datum angeben)		
Tetanus / Hepatitis A / Hepatitis B / Diphtherie / Polio/Kinderlähmung Masern/ / Mumps / Röteln / FSME / Keuchhusten / Windpocken / sonstige Impfungen		
Bekannte Vorerkrankungen/Operationen		
Unser Kind/ich hatte folgende Erkrankungen		
Windpocken Scharlach Mumps Masern Röteln Diphtherie		
Folgende Anfälligkeiten sind bekannt (z.B. Asthma, Heuschnupfen, Reisekrankheit, Medikamenten-, Lebensmittel-, sonstige Allergien, Epilepsie, etc.)		
Mein / Unser Kind befindet sich zurzeit in ärztlicher Behandlung (behandelnder Arzt)		
Mein / Unser Kind bekommt als Bedarfs-/ Dauermedikation folgende Medikamente und weiß damit umzugehen:		
Unser Kind nimmt die Medikamente selbst ein		
ja nein		
Der Gruppenleiter sorgt für die regelmäßige Einnahme der Medikamente		
ja nein		
Bei meinem / unserem Kind ist auf Folgendes zu achten (Einschränkungen etc.)		

Glaubenszugehörigkeit *	Einschränkungen in der Behandlung	
Krankenkasse	Kassennummer	Versichertennummer
Versichert über	Status	Versichertenkarte gültig bis

* Angabe freiwillig



Im Falle einer Erkrankung oder eines Unfalles darf

Name, Vorname	Geburtsdatum	Funktion

über Behandlungen entscheiden und in medizinische Eingriffe (einschließlich Operationen) einwilligen.
Bei lebensbedrohlichen Erkrankungen/ Unfällen entscheidet der behandelnde Arzt vor Ort.

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

Es besteht zurzeit keine akute/ansteckende Erkrankung.

Ich bin / Wir sind (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!

Krankenversicherungskarte und Impfausweis werden mitgeführt.

Ort, Datum

Ort, Datum

Unterschrift der Erziehungs-/Sorgeberechtigten

Unterschrift des Erziehungs-/Sorgeberechtigten