

Mitglieder- Gesundheitsbogen

| | | |
|---------------|--------------|--------------------------|
| Name, Vorname | Geburtsdatum | Gruppe im Stamm Albatros |
| | | |
| Straße & Nr. | | PLZ, Ort |
| | | |

Krankenversicherung

| | | |
|---------------------|------------------------|-----------------------------------|
| Versicherung/Träger | Kennnummer des Trägers | Pers. Kennnummer des Versicherten |
| | | |

Eine Kopie der aktuellen Versichertenkarte liegt dem Stamm vor O
Mein Kind/Ich hat/habe die Versichertenkarte bei Lagern und Aktionen immer dabei O

Letzte Impfungen (Bitte unbedingt Datum angeben):

Tetanus (Wundstarrkrampf):

Ich bin damit einverstanden, dass ein Arzt bei Notwendigkeit die Impfung auffrischen darf. Ja O Nein O

Zecken (FSME): (Datum der letzten Impfung)

Ich bin damit einverstanden, dass Zecken bei meinem Kind entfernt werden dürfen. Ja O Nein O

Sonstige:

Besonderheiten (Wenn nötig auf einem gesonderten Blatt festhalten)

Allergien (Heuschnupfen, Insektenstiche, Medikamente etc.): Nein O Ja O Welche?

Chronische Erkrankungen (Asthma, Diabetes...) Nein O Ja O Welche?

Beeinträchtigungen & Behinderungen: Nein O Ja O Welche?

Was ist zu berücksichtigen?

Wo besteht Unterstützungsbedarf?

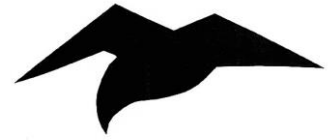
Bekannte, relevante Vorerkrankungen/Operationen (auch psychischer Art)

Reisekrankheit: Nein O Ja O

Sportverletzungen, orthopädische Beschwerden? Nein O Ja O Welche?

Religiöse Besonderheiten: Nein O Ja O Welche?





Ernährung

- Keine Besonderheiten
- Vegetarier*in
- Veganer*in
- Laktoseintoleranz
- kein Schweinefleisch
- Glutenunverträglichkeit
- Allergien:

Sonstige: (Bitte erläutern)

Medikamentenhinweis

Meine Tochter / mein Sohn nimmt **keine** Medikamente ein

Meine Tochter / mein Sohn nimmt aufgrund ärztlicher Verordnung folgende Medikamente ein:

| Name des Medikaments | Dosierung | Hilfe JA | Hilfe NEIN | Bedarfsmedikation |
|----------------------|-----------|----------|------------|-------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Bei mitgebrachten Medikamenten/Heilmittel, die hier nicht aufgeführt sind, gehen wir von der elterlichen Erlaubnis der selbstständigen Einnahme/Anwendung aus und übernehmen keine Verantwortung.

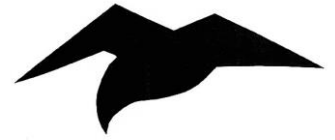
Gegen die Einnahme folgender Medikamente bestehen **keine Einwände: (Nicht Zutreffendes bitte durchstreichen)**

- Wunddesinfektion (Octenisept, Bepanthen Wund- und Heilsalbe, Betaisadonna, Jodsalbe)
- Mückenschutzmittel (Antibrumm)
- Bei Stichen (Fenistil)
- Hustensaft (z.B Bronchipret)
- Arnika-/Voltarensalbe
- Schmerzmittel (Ibuprofen 200mg, Nurofen)
- Iberogast
- Pflaster
- Weitere:

Schwimm- und Baderlaubnis

- Mein Kind ist: Nichtschwimmer*in Schwimmer*in
- Mein Kind kann eigenständig, ohne Hilfsmittel und sicher schwimmen Ja Nein
- Mein Kind darf altersgerecht betreut auf Pfadfinderaktionen schwimmen
- Falls nein: Mein Kind darf unter Aufsicht im brusthohen Wasser sein





Kontakt(e) für Notfälle

| <u>Name, Vorname</u> | <u>Telefon</u> | <u>Mobil</u> |
|-----------------------------|-----------------------|---------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Wichtig:

Mindestens eine der o.g Kontaktpersonen muss für das Kind sorgeberechtigt und **ständig** erreichbar sein.

Wir erklären uns weiterhin bereit, unser Kind bei ansteckender Krankheit, Selbst-/Fremdgefährdung und groben Regelverstößen umgehend von Lagern und Aktionen abzuholen. Sollte dies nicht geschehen, sind die verantwortlichen Führungskräfte berechtigt, das Kind auf Kosten der Erziehungsberechtigten nach Hause zu schicken.

Eine Teilnahme an Lagern und Aktionen kann vom Vorliegen des vollständig ausgefüllten Mitglieder-Gesundheitsbogens abhängig gemacht werden. Der Stamm Albatros e.V. und seine Beauftragten haften nicht für Schäden jedweder Art aus unvollständigen oder nicht zutreffenden Angaben oder aus dem Nichtvorliegen eines Mitglieder-Gesundheitsbogens.

Alle Änderungen bitte sofort schriftlich auf neuem Bogen mitteilen und diesen als Aktualisierung kenntlich machen. Mündliche Informationen haben keine Gültigkeit.

Sonstige wichtige Informationen/Ergänzungen:

Im Falle der Unterschrift nur eines Erziehungs-/ Sorgeberechtigten versichert dieser an Eides statt, dass der andere Erziehungs-/Sorgeberechtigte ebenfalls damit einverstanden ist. 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)

