



Gesundheitsdatenblatt

Persönliche Daten

Name:	Telefon:																														
Adresse:	Geburtsdatum																														
Sozialversicherungsnummer:	Blutgruppe:																														
Mitversichert bei: (falls keine eigene Sv-Nr.																															
Im Notfall zu verständige Person. Diese ist während des Lagers erreichbar und berechtigt Entscheidung bzgl. Maßnahmen, Gesundheit, usw. zu treffen:																															
Mein Kind ist: ☐ gute*r Schwimmer*in ☐ Nicht- Schwimmer*in																															
Impfstatus: Wenn Nein, darf mein Kind im Notfall geimpft werden																															
<table><thead><tr><th></th><th>Ja</th><th>Nein</th><th></th><th>Ja</th><th>Nein</th></tr></thead><tbody><tr><td>Tetanus</td><td>☐</td><td>☐</td><td>Tetanus</td><td>☐</td><td>☐</td></tr><tr><td>Diphtherie</td><td>☐</td><td>☐</td><td>Diphtherie</td><td>☐</td><td>☐</td></tr><tr><td>Masern</td><td>☐</td><td>☐</td><td>Masern</td><td>☐</td><td>☐</td></tr><tr><td>FSME</td><td>☐</td><td>☐</td><td>FSME</td><td>☐</td><td>☐</td></tr></tbody></table>			Ja	Nein		Ja	Nein	Tetanus	☐	☐	Tetanus	☐	☐	Diphtherie	☐	☐	Diphtherie	☐	☐	Masern	☐	☐	Masern	☐	☐	FSME	☐	☐	FSME	☐	☐
	Ja	Nein		Ja	Nein																										
Tetanus	☐	☐	Tetanus	☐	☐																										
Diphtherie	☐	☐	Diphtherie	☐	☐																										
Masern	☐	☐	Masern	☐	☐																										
FSME	☐	☐	FSME	☐	☐																										
Medikamente: Mein Kind nimmt folgende Medikamente und hat diese mit: (Dosierung + Zeitpunkt)																															
Die Medikamente werden selbstständig eingenommen ☐ Ja ☐ Nein																															
Es dürfen rezeptfreie Medikamente aus unserer Erste-Hilfe Ausrüstung vom zuständigen Leiter*innenteam gegeben werden: ☐ Ja ☐ Nein																															
Allergien: Mein Kind ist allergisch gegen:																															
was ist im Notfall zu tun:																															
Ernährungsbesonderheiten: z.B. Vegetarisch, Laktoseintolleranz, ...																															
Gut zu wissen: z.B. SchlafwandlerIn, Angst vor Gewitter, ...																															

Bitte ecard und die Impfpasskopie beim Abreisetag der/dem verantwortlichen
Leiter*in abgeben

Caravelles &
Explorer
13 BIS 16 JAHRE



Ich erkläre, dass ich dieses Gesundheits-/Infoblatt nach bestem Wissen ausgefüllt habe. Ich nehme zur Kenntnis, dass die Haftung seitens der Leitung, bezüglich jeglicher Folgen für mein Kind oder für andere Personen, aufgrund fehlender oder unkorrekter Angaben ausgeschlossen ist.

Den "Spielregeln" (Verhaltensregeln die am Lager von den LeiterInnen erklärt und eingefordert werden) stimme ich zu und werde mein Kind in diesem Sinne informieren. Ich werde für alle Schäden aufkommen, die durch sein/ihr disziplinwidriges bzw. mutwillig fahrlässiges Verhalten entstehen.

Datenschutzerklärung

Ich erkläre meine Zustimmung, dass erforderliche Daten für das Pfadfinderlager verwendet werden dürfen und dass Fotos meines Kindes, die im Rahmen der Pfadfinderarbeit gemacht werden, für Öffentlichkeitsarbeit (Homepage, Zeitungsberichte...) verwendet werden dürfen. Der Widerruf dieser Datenschutzerklärung ist jederzeit schriftlich möglich. Das Datenblatt wird nicht gespeichert und nach dem Lager umgehend vernichtet.

Unterschrift

Datum

Für die Eltern minderjährigen Lagerteilnehmer*innen:

Ich ermächtige hiermit den/die verantwortliche Ärzt*in, alle für mein Kind notwendigen Behandlungen und Eingriffe zu veranlassen. Weiters gestatte ich, mein Kind im Notfall an Spezialisten (z.B. Chirurg*in) zu überweisen

Unterschrift

Datum

