



## Gesundheitsfragebogen für das Bundeslager 2017

Diesen Bogen bitte ausfüllen/ausdrucken, von dem / den Erziehungs-/Sorgeberechtigten unterschreiben lassen und dem Gruppenleiter mitgeben.

|   |                                   |                                |
|---|-----------------------------------|--------------------------------|
| Name, Vorname   | Geburtsdatum                      | Stamm/Landesverband/Unterlager |
| Straße, Nr.   |                                   | PLZ, Ort                       |
| Schutzimpfungen (bitte Datum angeben)   |                                   |                                |
| Tetanus / Hepatitis A / Hepatitis B / Diphtherie / Polio/Kinderlähmung Masern/<br>/ 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:<br>Unser Kind nimmt die Medikamente selbst ein<br><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br>Der Gruppenleiter sorgt für die regelmäßige Einnahme der Medikamente<br><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 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